

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

PHLEGMON PRÉVÉSICAL

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 2 Avril 1887

Par Auguste CRISTOL

Né à CORNUS (Aveyron)

Ancien externe des Hôpitaux de Montpellier (concours 1883)

Ancien interne des Hôpitaux de Nîmes (concours 1885)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE DE BOEHM ET FILS

IMPRIMEURS DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES ET LETTRES,

—
1887.

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. CASTAN..... DOYEN
GRASSET..... ASSESSEUR

PROFESSEURS :

Clinique médicale.....	COMBAL (☼ ✚).
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	CAVALIER (☼).
Physique médicale.....	MOITESSIER (☼).
Médecine légale et Toxicologie.....	JAUMES.
Clinique chirurgicale.....	DUBRUEIL (☼).
Chimie médicale et Pharmacie.....	ENGEL.
Hygiène.....	BERTIN-SANS.
Pathologie interne.....	CASTAN.
Clinique médicale.....	GRASSET.
Botanique et Histoire naturelle médicale.....	PLANCHON (☼ ✚).
Physiologie.....	LANNEGRACE.
Clinique obstétricale et Gynécologie.....	DUMAS (LÉON).
Clinique chirurgicale.....	TEDENAT.
Opérations et Appareils.....	GRYNFELT.
Pathologie externe.....	CHALOT.
Anatomie pathologique et Histologie (Chargé de Cours).	CARRIEU.
Anatomie (Chargé du Cours).....	BIMAR.
Thérapeutique et Matière médicale (Chargé du Cours)...	MOSSÉ (☼).

Doyen honoraire : M. J. BENOIT (O. ☼ ✚).

Professeurs honoraires : MM. MARTINS (O. ☼), DUPRÉ (☼ C ✚).

CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUES ANNEXES :

Clinique des maladies des enfants.....	MM. BATLLE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées ..	GAYRAUD.
Clinique des maladies des vieillards.....	HAMELIN. (☼).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM. CARRIEU.	MM. BLAISE.	MM. TRUC.
MAIRET.	BAUMEL.	GERBAUD.
BIMAR.	VILLE.	GILIS.
MOSSÉ (☼).	GRANEL.	MALOSSE.
REGIMBEAU ☼.	FORGUE.	

MM. GOT, *Secrétaire.*

F.-J. BLAISE, *Secrétaire honoraire.*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. CHALOT, *président* ;
BERTIN-SANS, *professeur* ;
GAYRAUD, *agrégué*.
BAUMEL, *agrégué*.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur, qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE.

A LA MÉMOIRE DE MES ONCLES,

L'abbé CÉLESTIN OLLIER, curé du Vigan (Lot).

L'abbé AUGUSTE OLLIER, curé de Vaillac (Lot).

L'abbé ÉMILE OLLIER, curé de Saint-Clair (Lot).

AUGUSTE CRISTOL.

A MA MÈRE.

A MA SŒUR.

A MON FRÈRE.

A Monsieur et Madame C. OLIVIER.

A MES PARENTS.

AUGUSTE CRISTOL.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE,

Monsieur le Professeur CHALOT.

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE MONTPELLIER.

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX DE NIMES.

A MES AMIS.

AUGUSTE CRISTOL.

INTRODUCTION.

Ayant eu l'occasion d'observer pendant notre internat à l'Hôtel-Dieu de Nîmes un cas de phlegmon prévésical, nous avons consacré notre Thèse à l'étude de cette question, qui a été en France, dans ces dernières années, l'objet de recherches très importantes.

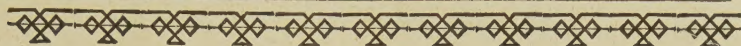
Après avoir consacré un premier chapitre à un rapide Historique où sont signalés les travaux parus en France et en Allemagne, nous avons fait une étude anatomique de la région.

Nous avons ensuite étudié les phlegmons prévésicaux au point de vue de l'Étiologie, de l'Anatomie pathologique, des Symptômes, du Diagnostic, du Pronostic et du Traitement.

Nous rapportons ensuite trois observations, dont deux inédites ; la troisième a été récemment publiée en Allemagne. Nous terminons enfin par des Conclusions.

Que M. le professeur Chalot veuille bien recevoir ici le témoignage de notre reconnaissance pour la bienveillance avec laquelle il nous a donné les renseignements bibliographiques, mis à notre disposition les travaux publiés récemment en Allemagne, et pour l'honneur qu'il nous a fait d'accepter la présidence de notre Thèse.

Nous remercions notre excellent ami Gombert, préparateur de physiologie, de ce qu'il a bien voulu mettre à notre disposition sa connaissance de la langue allemande. Nous ne saurions non plus oublier notre ami et Collègue d'internat Maillier, qui a continué à suivre le malade observé par nous à Nîmes, et nous a fourni les éléments nécessaires pour compléter notre observation.



CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

PHLEGMON PRÉVÉSICAL

HISTORIQUE.

Avant l'époque où Retzius donna la description de la cavité prépéritonéale, on trouve peu de travaux sur les phlegmons développés en avant de la vessie.

Dans les auteurs du siècle dernier, on trouve épars çà et là quelques faits isolés et vagues où manque toute localisation anatomique. A côté de véritables phlegmons de la paroi abdominale antérieure sont souvent confondus des phlegmons des fosses iliaques, des ligaments larges, des péritonites partielles et même des kystes de l'ovaire ; ce sont toutes ces affections méconnues, avec les abcès sous-péritonéaux qui leur ont servi à constituer ce qui était décrit sous le nom d'hydropisie enkystée du péritoine, et qui est devenu pour nous, selon l'expression de Bernutz, une véritable énigme pathologique. C'est à cette époque que se rattachent les observations rapportées par Fabrice de Hilden, Chomel l'ancien, Littre, de la Motte, Bourienne.

En 1830, Dance (dans l'article *Abdomen* du *Dictionnaire* en 30 vol.) décrivit les abcès sous-péritonéaux et attira particulièrement l'attention sur l'odeur fétide et stercorale du pus qu'ils renferment.

Bernutz, en 1850 (dans son Mémoire sur les *Phlegmons de la paroi abdominale antérieure*), insista sur la relation de ces phlegmons avec les troubles digestifs, en étudia très bien les phénomènes pathologiques et en plaça le siège dans le *fascia propria* qui double le péritoine.

En 1862, Constantin Paul, dans un Mémoire intitulé : *Études anatomiques nouvelles sur la région hypogastrique*, fit, le premier, connaître en France les travaux de Retzius sur la cavité pré-péritonéale. Adoptant les idées anatomiques du professeur suédois, il rapporte dans son travail, publié dans le *Bulletin de la Société anatomique* de Paris, plusieurs observations de phlegmons développés dans la loge prévésicale.

Pendant quelque temps encore, la confusion règne: on ne trouve pas de travail spécialement consacré à l'étude complète des inflammations prévésicales; on continue à les décrire avec celles des parois abdominales. Ainsi, dans la Thèse de Labuze (Paris, 1871), consacrée à l'étude des abcès développés dans la gaine des muscles droits, plusieurs observations rapportées sont de véritables observations de phlegmons prévésicaux. Il insiste sur la pathogénie de ces abcès et les attribue à la rupture de fibres musculaires et à un épanchement sanguin consécutif.

Vaussy (1875), Poisson (1877), consacrent également leur Thèse à l'étude des phlegmons sous-péritonéaux; plusieurs de leurs observations ont également trait à des inflammations de l'espace prévésical.

Arnould (*Bull. méd. du Nord*, 1877) étudie aussi les phlegmons sous-péritonéaux et insiste particulièrement sur le rôle que jouent dans leur production les troubles de l'appareil digestif et du tube intestinal.

La même année, M. Dumas (de Cette) publie dans le *Montpellier Médical* deux observations de phlegmon des parois abdominales qui nous paraissent se rapporter à notre sujet. Ces deux observations ont une étiologie intéressante: dans l'une, le phleg-

mon, dû à un intertrigo de la région ombilicale, avait envahi le tissu cellulaire sous-péritonéal et s'était développé presque jusqu'au pubis. Dans la seconde, le phlegmon, occupant la région sus-pubienne, et causé à deux reprises par l'abus des bains de mer, deux fois s'est terminé par résolution.

Castaneda y Campos, en 1878, Gerardin en 1879, consacrent leurs Thèses, inspirées par le professeur Guyon, à l'étude de la cavité de Retzius et des phlegmons qui s'y développent. Ce sont là les deux premiers travaux importants consacrés spécialement aux phlegmons prévésicaux.

En 1880, Bouilly, dans sa Thèse d'agrégation sur les *Tumeurs aiguës et chroniques de la cavité de Retzius*, trace de main de maître la description des abcès prévésicaux et en rapporte toutes les observations publiées jusqu'alors.

Pauzat, dans un très remarquable travail publié dans la *Gazette médicale de Paris*, 1880, et consacré à l'étude de la loge prévésicale et aux phlegmons dont elle est le siège, décrit en avant de la vessie, non plus une seule cavité, comme Retzius, mais deux espaces. A l'un, situé immédiatement en avant de la vessie, il donne le nom de prévésical vrai, ou rétro-pubien ; à l'autre, situé plus en avant et placé immédiatement en arrière des muscles droits, il donne le nom de sous-musculaire. Dans chacun de ces espaces, il peut se développer des phlegmons qui peuvent être différenciés, non seulement par leur siège anatomique, mais encore par leur pathogénie et leur symptomatologie.

En 1881, Macarez (Lille), dans sa Thèse inaugurale, inspirée par le professeur Wannebroucq, étudie les phlegmons de la cavité de Retzius et en rapporte quatre observations inédites.

Villiers, en 1885 (Nancy), les étudie à son tour, mais surtout au point de vue des différentes terminaisons qu'ils ont présentées.

Ces travaux spéciaux, publiés en France dans ces dernières années, ont fixé la description des phlegmons prévésicaux; aussi

les auteurs français les plus récents, Poulet et Bousquet, Peyrot, leur consacrent dans leurs ouvrages de pathologie externe un chapitre spécial.

Péan, dans son livre sur le *Diagnostic des tumeurs de l'abdomen* (1885), à propos des diverses tumeurs qui peuvent se développer dans la cavité prévésicale, décrit aussi les phlegmons prévésicaux et s'attache à les différencier des autres tumeurs de nature non inflammatoire.

Ce rapide historique permet de voir que les inflammations de la région prévésicale ont été, en France, l'objet de recherches et de travaux importants et assez nombreux. En Angleterre et en Allemagne, on s'en est au contraire peu occupé. Les auteurs anglais et américains les plus récents que nous avons pu consulter, ne mentionnent même pas les phlegmons prévésicaux et ne paraissent pas se douter de leur existence.

En Allemagne aussi, ils ne sont pas très connus et la plupart des auteurs récents les passent sous silence.

Franz Koenig, dans son *Manuel de Chirurgie spéciale* (1885), en donne une rapide description et dit n'en connaître que deux cas. Dans un cas, dû à Freund, « l'abcès, qui provenait sans doute du muscle droit de l'abdomen, s'était développé dans la cavité de Retzius, et avait pris un volume tel que la tumeur pendait entre les cuisses ». Dans le second cas, observé par Koenig lui-même, « l'abcès paraissait s'être développé dans la cavité abdominale, à la suite de la perforation d'un petit abcès enkysté ».

Le seul travail allemand consacré spécialement à l'étude des phlegmons prévésicaux a été publié, en juin 1886, par le Dr O. Pinner (de Franfort-sur-le-Mein), dans le *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, Bd. XXIII, Heft 5 et 6. Dans ce travail, où il rapporte un cas observé par lui-même, le Dr Pinner adopte les idées de Pauzat, et décrit, comme le médecin militaire français, deux variétés de phlegmons prévésicaux, l'un sous-musculaire ou sus-pubien, l'autre prévésical vrai ou rétro-pubien. Il recon-

naît, et c'est bon à constater, que cette question a été surtout étudiée par les Français. Voici ce qu'il dit à ce sujet : « Un cas de phlegmon prévésical que j'ai observé l'année dernière m'a fourni l'occasion de m'occuper de cette maladie. En étudiant la littérature, j'ai vu qu'elle est peu étudiée chez nous et qu'on ne connaît pas bien son siège anatomique, ses causes ni ses symptômes » ; et plus loin, il ajoute : « Pour la description des deux formes morbides de phlegmons prévésicaux, je ne puis qu'avec peine mettre à profit ma propre expérience, et pour une faible partie ; pour la grande partie, je dois m'appuyer sur les cas publiés par des auteurs français, et sur les conclusions et appréciations qui s'ensuivent ».

ANATOMIE.

Lorsque la vessie est vide, elle se trouve complètement cachée derrière le pubis, dont elle est séparée seulement par une couche de tissu cellulo-graisseux. Lorsqu'elle se dilate au contraire, elle s'élève dans la cavité abdominale, et cela plus ou moins haut, suivant le degré de plénitude ; elle correspond alors à la région hypogastrique. Les parois abdominales répondant à cette région présentent d'avant en arrière plusieurs couches sur lesquelles nous insisterons plus ou moins, selon leur importance. C'est d'abord la peau, sur laquelle on trouve, en bas, de nombreux poils. La couche cellulo-graisseuse sous-cutanée, plus ou moins développée selon l'embonpoint des sujets, recouvre une aponévrose brillante, nacrée : c'est le feuillet antérieur de la gaine des muscles grands droits. Cette aponévrose très résistante, adhérant aux muscles, dont on ne peut que très difficilement la détacher, provient du grand oblique et du petit oblique ; sur la ligne médiane où les muscles grands droits sont séparés, elle s'entre-croise

avec celle du côté opposé, et forme un raphé médian ; ce raphé, c'est la ligne blanche.

Au-dessous, on trouve les muscles droits, qui, prenant leurs insertions supérieures au bord inférieur et à la face antérieure des cinquième, sixième et quelquefois septième cartilages costaux et par quelques fibres sur les côtés de la face antérieure du sternum, se portent en bas, en forme de larges bandes étendues de la poitrine au bassin, et vont s'attacher par un tendon court et aplati à la lèvre postérieure de l'espace qui sépare l'angle de l'épine du pubis. Ces muscles sont formés de fibres verticales interrompues par trois ou quatre intersections aponévrotiques en forme de zigzags, au niveau desquelles la gaine fibreuse contracte une adhérence plus intime. Ce muscle est très vasculaire, il est surtout irrigué par l'artère épigastrique et la mammaire interne, qui s'anastomosent sur sa face postérieure.

En arrière de ces muscles, la disposition des tissus varie suivant la hauteur à laquelle on les considère. Dans les trois quarts supérieurs, on trouve une aponévrose résistante dépendant des muscles petit oblique et transverse ; mais, arrivée à 8 ou 9 centim. environ au-dessous de l'ombilic, cette gaine postérieure des sterno-pubiens forme une arcade à concavité inférieure plus ou moins marquée, dont les parties latérales adhèrent au niveau du bord externe du muscle grand droit. Cette arcade, doublée par le péritoine qui y adhère, constitue la ligne semi-circulaire de Douglas.

Pour la plupart des auteurs, la gaine postérieure des muscles droits s'arrêterait là, soit parce que le muscle transverse d'où elle provient ne descend pas plus bas, soit parce qu'à cet endroit elle passerait en avant des muscles droits et irait renforcer le feuillet antérieur. Telle n'est pas l'opinion de Sappey ; pour lui, la gaine postérieure des muscles droits ne se terminerait pas aux lignes semi-circulaires de Douglas, elle continuerait d'exister, mais brusquement et notablement amincie à partir de cet endroit,

jusqu'aux insertions inférieures du muscle; elle ne serait représentée que par une lamelle transparente et des filaments fibreux très déliés, irrégulièrement transversaux, continus en dedans avec la ligne blanche, en dehors avec l'aponévrose du transverse.

Pour Pauzat, au-dessous des arcades de Douglas il existerait, immédiatement appliquée contre le muscle, une mince lame de tissu cellulaire qui, en descendant vers le pubis, s'épaissirait un peu. Cette lame ne mériterait pas de nom spécial et devrait être considérée comme destinée à renforcer un feuillet sous-jacent avec lequel elle se confond en partie, surtout en bas. Nous aurons à revenir plus loin sur ce feuillet, d'une très haute importance; mais cette lame se distinguerait de ce dernier feuillet en ce que, résultant de la condensation du tissu cellulaire sous-musculaire, elle adhère aux muscles et ne se fixe pas aux arcades de Douglas.

La disposition particulière de cette aponévrose à la partie inférieure des muscles droits a excité la sagacité et l'habileté de scalpel de tous les anatomistes. Trouve-t-on là seulement du tissu cellulaire plus ou moins lamelleux et interposé entre les muscles droits et le péritoine? Existe-t-il au contraire plusieurs couches, plusieurs *fascia* distincts? Presque tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître deux couches; mais on ne s'entend pas lorsqu'il faut les désigner ou leur assigner des limites.

Il existerait une première couche membraneuse, plus ou moins lamelleuse et résistante selon les sujets: c'est le *fascia transversalis* de Cooper, auquel Richet donne le nom de *fascia transversalis celluleux*. Velpeau, qui reconnaît et admet ce *fascia*, le fait se terminer au pubis.

Pour Blandin, Cloquet, Tillaux, Paulet, le *fascia transversalis* est tout autre chose: c'est une lame franchement fibreuse à laquelle Richet a donné le nom de *fascia transversalis fibreux*, et qui part du bord externe des muscles droits pour aller se fixer à l'arcade crurale; cette lame constitue la paroi postérieure du canal inguinal.

En arrière de ce *fascia* se trouve la seconde couche, le véritable tissu cellulaire sous-péritonéal, que Velpeau a baptisé du nom de *fascia propria*.

En 1856, Retzius, anatomiste suédois, décrivit en avant de la vessie, entre les muscles grands droits et le péritoine, une cavité à laquelle il donna le nom de cavité prépéritonéale. Voici la description de cette cavité de Retzius d'après Constantin Paul, qui le premier l'a fait connaître en France, et qui se trouve rapportée dans un Mémoire inséré en 1862 dans le *Bulletin de la Société anatomique*.

« 1° Le *fascia transversalis* de Cooper, ou *fascia endogastrica* de Retzius, qui forme une couche cellulo-fibreuse appliquée sur la face interne des muscles transverses, se confond avec le bord inférieur de la paroi postérieure de la gaine incomplète des muscles droits, laquelle est formée par l'aponévrose des muscles transverses. Cette fusion des fibres correspond à la ligne semi-circulaire de Douglas.

» 2° Le *fascia transversalis* et l'aponévrose des muscles transverses ne se terminent pas à la ligne semi-circulaire de Douglas, comme on le voit, mais ces deux aponévroses se confondent en une seule lame fibreuse, aussi bien le long de ces lignes que sur les côtés ou derrière elles, et revêtent les parties du péritoine qui, commençant aux lignes de Douglas, descendent jusqu'à la symphyse du pubis, en formant la gaine du muscle droit. La ligne semi-circulaire de Douglas est donc tout autre chose que son nom ne l'indique. Ce n'est pas le bord mince qui termine le feuillet postérieur de l'aponévrose des muscles transverses, ce n'est pas une ligne, mais bien le bord d'un repli de la paroi postérieure de la gaine du muscle droit de l'abdomen.

» 3° Il en résulte un espace ou une cavité dans l'épaisseur de la paroi antérieure du ventre, que le professeur Retzius nomme *cavité prépéritonéale*, et dans laquelle vient se placer la vessie à l'état de plénitude.

» 4° Le feuillet fibreux, qui des lignes de Douglas s'est rendu au péritoine, ne se rend, en descendant, ni à la symphyse du pubis ni au ligament de Poupart, mais va derrière la vessie, dans la cavité du bassin, s'identifier avec le *fascia pelvia*.

» 5° Les lignes semi-circulaires de Douglas se prolongent de côté en arcade vers le bas, se soudent au *fascia transversalis* de Cooper, qui accompagne les fibres de ces muscles transverses jusqu'au voisinage du bord externe de la gaine du muscle droit et s'insèrent par leur extrémité inférieure au bord externe du muscle droit.

» 6° Il en résulte de là une circonférence ou une ouverture à bords fibreux qui représente la porte ou l'ouverture de la cavité prépéritonéale ; la vessie, en se remplissant, se dilate dans cette cavité, dont les parois antérieure et postérieure s'écartent l'une de l'autre. La paroi antérieure est alors constituée par l'extrémité inférieure des muscles droits et la partie antérieure de leur gaine, la paroi postérieure par le péritoine, qui est recouvert par les aponévroses qui se sont confondues en arrière avec les lignes semi-circulaires de Douglas ; la paroi latérale est formée par les plis de Douglas et leur prolongement en arcade.

» 7° Dans cette cavité, il y a un tissu conjonctif qui, par sa souplesse et sa laxité, n'oppose aucun obstacle à l'ascension et à la descente de la vessie quand elle se remplit ou se vide.

» 8° Pour avoir d'un seul coup tous ces rapports et les apprécier, il faut retirer les muscles obliques externes et internes, de manière qu'il ne reste qu'un bord de leur aponévrose avant leur entrée dans la gaine des muscles droits. On ouvre ensuite, de l'ombilic jusqu'à la ceinture, les gaines des muscles droits par deux incisions longitudinales qui comprennent entre elles la ligne blanche ; on éloigne les muscles, on tend les lignes semi-circulaires de Douglas et leurs prolongements en arc par un crochet, on presse sur le péritoine et la doublure fibro-cellulaire, ce qui

permet aussitôt à la vessie remplie par de l'eau ou par de l'air de monter dans la cavité prépéritonéale.

« 9^e A propos de la ligne blanche, Retzius fait remarquer qu'à partir du nombril elle ne forme pas de septum fibreux qui sépare les muscles droits l'un de l'autre, comme cela a lieu au-dessus du nombril, mais ne montre qu'un faisceau mince de tissu conjonctif qui sépare incomplètement les muscles droits l'un de l'autre et va rejoindre le tissu conjonctif qui tapisse la cavité prépéritonéale. »

Cruveilhier, dans la cinquième édition de son *Anatomie descriptive*, adopte l'opinion de Retzius quant à la cavité prévésicale, et il dit, en parlant des muscles droits : « Le feuillet postérieur formé par les aponévroses du petit oblique et du transverse ne descend qu'à quelques centimètres au-dessous de l'ombilic et se termine par un bord tranchant, falciforme, appelé ligne semi-circulaire de Douglas ; de ce bord part une lame fibreuse qui gagne, ainsi que le péritoine qu'elle double, la face postérieure de la vessie, pour se continuer avec le *fascia pelvis* ; il suit de là que la vessie distendue, en s'élevant au-dessus du pubis, s'engage entre les muscles droits et cette lame fibreuse dans un espace auquel Retzius a donné le nom de cavité prépéritonéale. »

Retzius a donné comme paroi antérieure de cette cavité la face postérieure des muscles droits privés de gaine, et comme paroi postérieure le *fascia transversalis*, qui d'après lui, des arcades de Douglas gagnerait avec le péritoine, qu'il double, la face postérieure de la vessie et, de là, le *fascia pelvis*. Cette description est inexacte. Des arcades de Douglas, en effet, il se détache un autre feuillet qui est antérieur et va s'attacher au pubis. Ce feuillet, que nous appellerons symphysien, a une très grande importance. Pauzat le décrit avec soin : C'est une toile celluleuse qui se détache des arcades de Douglas pour se fixer en bas sur le pubis et latéralement sur les prolongements de ces arcades. Sur la ligne médiane, ce feuillet reçoit un septum cellu-

leux qui sépare incomplètement les deux muscles droits; ce septum représente la ligne blanche, de même que le feuillet sur lequel il s'implante est la continuation de la lame postérieure de la gaine des muscles droits depuis les arcades de Douglas jusqu'au pubis,

L'existence de ce feuillet symphysien permet à Pauzat de décrire, non plus un seul, mais deux espaces prévésicaux. Ses recherches ont porté sur huit cadavres, et toujours il a reconnu l'existence de ce *fascia*. Voici les conclusions qu'il tire des dispositions qu'il a observées.

« 1° La dénomination de cavité de Retzius doit être rejetée parce qu'il n'existe pas de cavité proprement dite.

» 2° Il n'est pas exact de dire que la face postérieure des muscles droits constitue la paroi antérieure de l'espace prévésical.

» 3° Le *fascia transversalis* de Cooper, Velpeau, etc., ou feuillet symphysien de Retzius, doit être considéré comme une barrière suffisante pour qu'on ait à distinguer en avant de la vessie deux espaces : l'espace sous-musculaire et le prévésical vrai.

» 4° L'espace sous-musculaire, qui est plutôt au-dessus qu'en avant de la vessie, est limité en avant par la face postérieure des muscles droits, en arrière par le *fascia transversalis* de Cooper, et latéralement par l'adhérence de ce *fascia* aux prolongements des arcades de Douglas. Il se termine en pointe sur le pubis ; sa base est en haut et se continue dans la gaine des muscles droits ; il est incomplètement divisé en deux loges latérales par un septum médian.

» 5° L'espace prévésical répond à la cavité de Retzius, il est surtout rétro-pubien ; il est limité en avant par le pubis et ses branches, puis par le *fascia transversalis* de Cooper et Velpeau ; en arrière par la vessie et le *fascia transversalis* de Retzius. La portion de cet espace qui s'élève au-dessus du pubis et est arrêtée en haut par la rencontre des deux feuillets détachés des arcades, a pour limites latérales l'adhérence de ces deux feuillets à

l'aponévrose du transverse et des obliques. Mais en bas l'espace prévésical repose sur la loge de la prostate et l'aponévrose supérieure du petit bassin, et il se prolonge jusqu'au rectum et dans les fosses iliaques. »

En Allemagne, Henke, Kohlrausch et Pinner ont aussi fait des recherches très sérieuses sur la loge prévésicale. Ils n'ont pas trouvé la disposition décrite par Retzius. Leurs travaux, qui reposent sur des dissections, des moulages de l'espace prévésical au moyen d'injections de plâtre en solution, des coupes faites sur des sujets congelés, viennent confirmer les conclusions de Pauzat sur l'existence de deux espaces prévésicaux. Pour eux aussi, le *fascia* symphysien, qui des arcades de Douglas va au pubis, est une barrière suffisante, est assez distinct pour ne pas être négligé. Mais voici la description elle-même de Pinner : « Des dissections de Henke et de nos propres dissections, nous concluons que Retzius a tort de décrire une cavité qui se trouverait au-devant de la vessie, puisqu'une cavité vide n'existe pas, et que nous avons affaire, non pas à un, mais à deux espaces remplis de tissu conjonctif situés en cet endroit. Le mur de séparation représente le *fascia* transverse, que Retzius a complètement omis dans la construction de sa cavité.

» Il y a dans l'espace appelé cavité de Retzius deux espaces : l'un *sous-musculaire*, situé immédiatement derrière le muscle droit, et un autre *prévésical*, situé immédiatement derrière la vessie.

» Les limites de l'espace sous-musculaire sont, en avant, les faces postérieures des muscles droits ; sur la ligne médiane, la ligne blanche ; sur les côtés, le bord externe de la gaine du muscle droit ; en bas, la symphyse, et en arrière le *fascia transversalis* (Cooper). Les deux espaces sous-musculaires ne sont séparés l'un de l'autre qu'incomplètement ; la bande conjonctive qui représente la ligne blanche sépare incomplètement les muscles droits l'un de l'autre.

» Les limites de l'espace prévésical sont déterminées : en avant,

par le pubis et ses deux branches ; en haut, par le *fascia transversalis* ; en arrière, par le *fascia propria* et la vessie ; en bas, par le *fascia* du bassin.»

DÉFINITION.— ÉTIOLOGIE.

On donne le nom de phlegmon prévésical à l'inflammation du tissu cellulaire situé en avant de la vessie. Nous avons vu que d'après les recherches de Pauzat en France, de Henke et Pinner en Allemagne, on pouvait distinguer en avant de la vessie deux espaces cellulaires, dont le mur de séparation est le *fascia transversalis* de Cooper : de là, deux espèces de phlegmons prévésicaux, suivant que l'inflammation occupe l'un ou l'autre espace. Mais, dans la plupart des cas, l'inflammation ne reste pas cantonnée dans un espace ; le *fascia transversalis*, n'ayant pas le temps de s'épaissir, est une barrière insuffisante qui ne résiste pas longtemps au processus phlegmasique, et le phlegmon envahit tout le tissu cellulaire compris entre la vessie et les muscles droits. Voilà pourquoi, tout en reconnaissant que le phlegmon peut rester limité à l'un ou l'autre espace, nous préférons rester dans la généralité et définir le phlegmon prévésical : l'inflammation du tissu cellulaire situé en avant de la vessie. Dans notre chapitre du Diagnostic, nous aurons à revenir sur les deux espèces de phlegmons prévésicaux décrits par Pauzat, pour savoir si en clinique on peut les différencier.

ÉTIOLOGIE.— Au point de vue étiologique, nous pouvons diviser les phlegmons prévésicaux en deux grandes classes : les idiopathiques et les symptomatiques. Notons seulement, en passant, qu'un simple regard jeté sur les rapports des deux espaces prévésicaux suffit pour voir que les inflammations symptomatiques débiteront beaucoup plus fréquemment dans la vraie cavité de Retzius que dans l'espace sous-musculaire.

Les *phlegmons idiopathiques* ont une étiologie assez obscure ; souvent, en effet, ils apparaissent sans causes appréciables chez des gens bien portants, ou bien l'on ne trouve à leur origine que des causes banales dont on ne peut s'expliquer l'influence. Citons, parmi ces dernières causes, le froid et le rhumatisme. Dans une de nos observations (Obs. ix), le rhumatisme a précédé l'apparition du phlegmon prévésical. Il n'y a pas d'autre cause signalée ; le malade souffrait depuis trois semaines d'un rhumatisme musculaire, surtout intense à la partie supérieure du corps, lorsqu'un phlegmon prévésical se déclara. Peut-être, dans ce cas, pourrions-nous expliquer la production du phlegmon par une rupture de quelques fibres des muscles droits et un épanchement sanguin consécutif ? La rupture, provoquée par une circonstance passée inaperçue, aurait été favorisée par l'état de souffrance des muscles atteints par l'affection rhumatismale.

Les troubles digestifs ont été aussi très souvent incriminés. Plusieurs auteurs, Bernutz, Colin, Arnould, ont surtout insisté sur la corrélation existant entre les troubles digestifs et les phlegmons prévésicaux. « Faut-il nier, dit Bernutz, tout rapport de causalité entre les affections intestinales et le développement des phlegmons, ou admettre entre eux une corrélation dont la cause reste inconnue ? Cette dernière opinion nous paraît la plus admissible, parce qu'il semble y avoir plus qu'une simple coïncidence dans cette fréquente succession d'états morbides siégeant dans des organes qui appartiennent au même système, et parce qu'il n'y a pas nécessité absolue de comprendre le mécanisme d'actes pathologiques pour qu'on puisse les admettre lorsqu'ils reposent sur des faits assez nombreux. » Les troubles digestifs invoqués sont : tantôt les troubles digestifs survenant chez les jeunes soldats par le changement de régime (Arnould), tantôt une constipation opiniâtre, tantôt une dysenterie ancienne, des phénomènes dyspeptiques prolongés, un embarras gastrique, une indigestion, des coliques violentes. Cette influence un peu mysté-

rieuse des troubles digestifs est-elle toujours réelle ? Il nous semble que dans bon nombre de cas ces troubles digestifs sont des phénomènes morbides appartenant en propre à l'évolution de l'inflammation du tissu cellulaire prévésical, car très souvent ils sont presque contemporains de la tuméfaction phlegmoneuse apparaissant à l'hypogastre ; et nous verrons que la première période du phlegmon prévésical est caractérisée par des troubles de l'appareil intestinal.

Lorsque ces troubles sont caractérisés par des coliques violentes, peut-être pourrait-on, selon Gerardin, s'expliquer la production du phlegmon par une sorte de contusion du tissu cellulaire préperitonéal, contusion produite par la contraction brusque et désordonnée des muscles abdominaux. Cette explication pourrait également s'appliquer aux cas où le phlegmon prévésical a suivi l'administration de purgatifs drastiques. Nous voilà amené à une cause très souvent invoquée, le traumatisme.

Bourienne, Boyer¹, signalent cette cause et en rapportent des cas. Dans tous ces cas, la contusion avait porté sur l'hypogastre et un phlegmon s'en était suivi à brève échéance. Frasey², dans sa Thèse, cite le cas d'un jeune homme de 20 ans qui avait reçu dans la région hypogastrique un violent coup de timon d'une voiture, et trois ans après vit se développer un phlegmon prévésical. L'équitation, le choc direct des vagues sur le bas-ventre dans les bains de mer, les efforts, peuvent rentrer dans ce même ordre de causes.

Mais ici nous nous sentons sur un terrain plus solide et nous pouvons jusqu'à un certain point nous rendre compte de la pathogénie ; nous pouvons penser que quelques fibres musculaires ont été rompues, que quelques petits vaisseaux se sont déchirés

¹ *Traité des Maladies chirurgicales*, 1824.

² Frasey ; Thèse de Paris, 1877. *Étude sur les fistules vésico-cutanées hypogastriques*.

sous l'influence du choc ou de l'effort et qu'un épanchement sanguin s'en est suivi.

Dolbeau, dans ses Leçons de Clinique chirurgicale, dit avoir plusieurs fois observé sur les cadavres des déchirures de muscles droits de l'abdomen, et qu'à ce niveau se trouvait un foyer sanguin. « Il est probable, ajoute-t-il, que plus d'un moribond a éprouvé ce genre d'accident à l'occasion des efforts qu'ils font pendant les derniers moments de leur existence. »

Nous savons, d'après les récentes recherches des bactériologistes, que le sang extravasé est un excellent milieu de culture pour les micro-organismes pyogènes; non seulement ils y vivent, mais ils s'y multiplient très rapidement. Que quelques-uns de ces microbes organiques arrivent dans le foyer sanguin, l'inflammation se déclarera dans le tissu cellulaire prévésical, devenu un lieu de moindre résistance, soit par le traumatisme, soit par une autre cause quelconque.

Mais cette pathogénie, on peut surtout l'invoquer lorsque le phlegmon prévésical survient dans le cours ou au déclin d'une fièvre grave, typhoïde ou autre. Les travaux de Hayem et de Zenker ont en effet démontré que dans les fièvres graves les fibrilles musculaires et les tuniques des vaisseaux subissaient une altération pathologique. La dégénérescence granuleuse des fibres musculaires, l'endarterite des petits vaisseaux, expliquent suffisamment la facilité de la rupture des artérioles et la production de l'hémorrhagie. A cette cause vient encore s'ajouter la mauvaise influence de l'état général.

Les *phlegmons symptomatiques* ont des causes étiologiques parfaitement connues: ce sont des affections propagées des organes voisins ou contenus dans le petit bassin et qui, s'étendant ou se communiquant à la région prévésicale, en déterminent l'inflammation. Nous les trouvons aussi souvent développés chez la femme que chez l'homme, et cela se comprend, vu la fréquence et l'importance des inflammations péri-utérines.

✓ Chez l'homme, on trouve en première ligne les maladies de la vessie, et d'abord la cystite, soit aiguë ou chronique, consécutive ou non à un rétrécissement. Dans ce cas, le processus inflammatoire, se propageant aux diverses tuniques de la vessie, va gagner le tissu cellulaire placé au-devant d'elle. « Le pus, dit Choppart¹, qui provient de l'irritation et de l'inflammation de la tunique externe de la vessie, s'amasse le plus ordinairement dans le tissu cellulaire voisin ; l'abcès ou le dépôt qu'il forme peut, suivant le siège qu'il occupe, s'élever du côté du pubis et même de l'ombilic, se porter vers le périnée ou se montrer en même temps dans les deux régions quand la collection purulente est considérable. » Dans l'Obs. VIII, l'inflammation a ainsi procédé. Pendant quinze jours, le malade a présenté tous les signes d'une violente cystite ; ce n'est qu'après ce temps que la tuméfaction phlegmoneuse est devenue appréciable, a peu à peu envahi tout l'espace prévésical, où elle n'est pas restée limitée, car elle a gagné le périnée.

Nous ne nous arrêterons pas sur les corps étrangers, les calculs, les tumeurs de la vessie, qui ont été également signalés comme causes de phlegmon prévésical ; mais nous nous appesantirons un peu sur la ponction de la vessie, car nous allons rapporter trois cas où le phlegmon prévésical a été produit par cette cause.

M. le professeur-agrégé Serre nous a dit avoir observé en 1870, dans le service du professeur Courty, un cas de ce genre chez un homme atteint d'un rétrécissement infranchissable de l'urèthre. La vessie était distendue par l'urine ; on ponctionna avec un gros trocart. Peu de jours après, le malade put uriner par le canal. Le malade ayant succombé, on trouva, à l'autopsie, le tissu cellulaire prévésical purulent, gangrené. L'inflammation paraissait avoir débuté au niveau de la ponction, avait gagné le périnée et détruit

¹ *Traité des Maladies des voies urinaires*, tom. I, pag. 454.

le canal de l'urèthre au niveau du rétrécissement, ce qui expliquait pourquoi le malade avait pu uriner par le canal.

Robin, en 1873, montra à la Société anatomique les pièces provenant d'un malade qui à la suite de la même opération plusieurs fois pratiquée avait eu un phlegmon gangréneux du tissu cellulaire sous-péritonéal situé au-devant de la vessie ; on ne trouva pas de trace des piqûres. La mort avait été occasionnée par une péritonite.

Poncet a observé en 1876 un cas de phlegmon prévesical également dû à la ponction de la vessie.

PREMIÈRE OBSERVATION (Résumée).

(*Lyon médical*, 14 mai 1876.)

Un homme de 73 ans avait un rétrécissement infranchissable. Le 12 février, on pratiqua une première ponction, deux autres ponctions furent pratiquées dans la suite ; le malade mourut le 19 février.

A l'autopsie, on trouva une péritonite purulente ; les anses intestinales, adhérentes entre elles, étaient accolées au péritoine pariétal, dans le petit bassin on aurait pu recueillir au moins un verre de pus.

La face antérieure de la vessie était dans toute son étendue adhérente à la paroi abdominale antérieure ; pour être plus exact, elle en était séparée par une couche purulente abondante que limitaient de chaque côté des adhérences. Nous avons pu retrouver dans l'épaisseur de la paroi abdominale les traces de deux des piqûres faites avec le trocart, grâce aux ecchymoses qu'avait produites leur passage ; par la pression, on en faisait sourdre un peu de pus. L'inflammation avait débuté par la face antérieure de la vessie, puis s'était généralisée au péritoine.

Poncet ajoute : « La péritonite est survenue dans les derniers jours, et tout porte à supposer qu'elle doit être imputée aux ponctions vésicales ; très probablement, en retirant l'aiguille aspiratrice, quelques gouttes d'une urine ammoniacale sont tombées dans le tissu cellulaire péri-vésical et ont entraîné le phlegmon compliqué de péritonite purulente ».

Ici, trois causes peuvent nous expliquer la production du phlegmon : c'est, en premier lieu, le traumatisme produit par le trocart sur la face antérieure de la vessie ; en deuxième lieu, nous pouvons croire à la pénétration dans le tissu cellulaire prévésical de quelques gouttes d'une urine pathologique, tombées en retirant l'aiguille aspiratrice. Enfin, nous ne devons pas négliger le transport possible de micro-organismes pyogènes par l'intermédiaire d'une aiguille aspiratrice non aseptisée ; de là, nous pouvons conclure que la ponction de la vessie ne doit être pratiquée qu'avec un appareil irréprochable muni d'une aiguille capillaire et en s'entourant de toutes les précautions antiseptiques.

Une autre cause de phlegmon prévésical quelquefois notée est la blennorrhagie. Pour Faucon¹, la phlegmasie se propage de l'urèthre à l'épididyme, au canal déférent, aux vésicales séminales, et de là au péritoine et au tissu cellulaire qui le double.

Follin et Duplay² attribuent à la blennorrhagie une influence générale sur l'organisme qui favorise la production du phlegmon prévésical. « J'ai souvenir d'avoir vu un malade atteint, dans le cours d'une blennorrhagie, d'une inflammation suppurative du tissu cellulaire sous-péritonéal, exactement limitée à la région hypogastrique, et qui ne présentait aucune autre complication inflammatoire, si ce n'est une légère cystite du col. Quoique le développement du phlegmon sous-péritonéal puisse, encore dans ce cas, s'expliquer par la propagation de l'inflammation de la vessie au tissu cellulaire prévésical, cependant on ne saurait refuser à admettre une sorte d'influence générale qu'on est bien forcé d'accepter pour expliquer certaines manifestations éloignées de la blennorrhagie. »

Pour nous, nous voyons dans le tissu cellulaire de l'espace prévésical où vient se loger la vessie une sorte de cavité séreuse

¹ *Arch. gén. de Médecine*, oct. et nov. 1877. *La péritonite et le phlegmon sous-péritonéal d'origine blennorrhagique.*

² Follin et Duplay ; *Traité élémentaire de pathologie externe*, tom. V.

analogue à la synoviale des articulations ; or nous savons que la blennorrhagie se complique souvent d'arthrite, arthrite qui se montre la plupart du temps à l'articulation du genou et est presque toujours purulente. Les recherches récentes des micrographes ont démontré dans le pus de ces arthrites la présence du gonococcus. Dans le cas de phlegmon prévésical, pourquoi ne pourrions-nous pas admettre que le gonococcus, au lieu de se porter à l'articulation du genou, s'est porté dans le tissu cellulaire prévésical, sorte de séreuse rudimentaire, et est venu y déterminer une inflammation suppurative analogue à celle qu'il aurait déterminée dans l'articulation tibio-tarsienne ?

Dans un cas rapporté par Castero ¹, le phlegmon prévésical se développe consécutivement à un chancre et à un bubon. Ici les lymphatiques nous paraissent avoir été la voie de propagation. Nous n'insisterons pas sur d'autres causes citées, telles que l'épididymite, la séminalite, le prostatite. Qu'il nous suffise de dire que toutes les lésions des organes voisins peuvent occasionner les phlegmons prévésicaux.

Chez la femme, les phlegmons prévésicaux se développent le plus souvent après l'accouchement. Pendant l'état puerpéral, l'organisme est dans des conditions excellentes de réceptivité à l'égard des germes. Les bacilles trouvent en effet des voies tout ouvertes pour pénétrer du col de l'utérus contus, excorié ou déchiré, à travers les vaisseaux lymphatiques et aller aboutir aux ganglions juxtapubiens. Nous savons en effet, depuis les travaux d'Alphonse Guérin sur le phlegmon juxtapubien, qu'il existe en arrière du pubis, à côté du trou sous-pubien, entre cet os et le péritoine, un ganglion lymphatique qui s'enflamme souvent. Que l'inflammation ait un processus un peu violent, qu'elle gagne le tissu cellulaire voisin, et nous aurons un phlegmon prévésical. Terminons en rappelant que chez la femme le phlegmon prévésical est encore

¹ *Arch. gén. de Médecine*, 1^{re} série, tom. XX, pag. 262.

consécutif aux lésions péri utérines et est souvent la propagation d'un phlegmon du ligament large.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Les cas où l'on a pu se rendre compte par l'examen nécropsique des désordres produits par le phlegmon prévésical sont assez rares.

Notons d'abord qu'on a trouvé des signes d'inflammation à tous les degrés, depuis le simple exsudat fibrineux jusqu'à la formation du pus et la destruction du tissu

Voici une observation où le tissu cellulaire prépéritonéal était simplement enflammé.

OBSERVATION II.

(PÉTREQUIN, *Examen médical*, 1844, in Thèse de Pouliot, Paris, 1868.)

Un vieillard de 63 ans, atteint d'un rétrécissement de l'urèthre infranchissable, présente à l'hypogastre une tumeur remontant à la percussion jusqu'à 8 centim. du pubis. Mort rapide.

Autopsie.—La région hypogastrique fut disséquée avec soin ; le péritoine descendait à 1 centim. du pubis. Le tissu cellulaire pariétal était fortement engorgé et épaissi, au point qu'au niveau du pubis il avait une épaisseur de près de 3 centim., et à un pouce et demi du pubis son épaisseur était encore de 22 millim. : toutes ces parties étaient évidemment enflammées. Péritonite de la portion réfléchie du péritoine. L'induration avec épaissement du tissu cellulaire formait une couche épaisse qui s'élevait jusqu'à près de trois pouces au-dessus du pubis ; sur le cadavre, on y trouvait de la matité.

Vessie petite, rétrécie, atteinte de cystite chronique.

Dans ce cas, l'inflammation s'était propagée au péritoine et la mort s'en est suivie. Toutes les fois qu'on a pu pratiquer l'au-

topsie, on a trouvé la séreuse péritonéale enflammée, en voie de transformation purulente ou même perforée, et alors l'abcès prévésical s'est vidé dans la cavité péritonéale.

Dans tous les autres cas, on a trouvé en état de suppuration le tissu cellulaire prévésical. Mais les désordres peuvent s'étendre plus ou moins loin, être cantonnés seulement dans le tissu cellulo-graisseux situé entre la vessie et les muscles droits, s'étendre à ces muscles que l'inflammation ronge, détruit et réduit en un putrilage noirâtre et gangréneux. Le pus présente dans ce dernier cas des caractères particuliers, il est rougeâtre sanguinolent, couleur chocolat ou café au lait. A l'examen microscopique, on y reconnaît des débris de fibres musculaires. Dans l'observation qui suit, le phlegmon, assez exactement limité à la région prévésicale, a atteint aussi les muscles droits. Nous la rapportons en entier, à cause de l'intérêt qu'elle présente au point de vue de l'étiologie et du diagnostic.

OBSERVATION III.

(*Progrès médical*, 1885, n° 22, pag. 441. Observation et autopsie par Jules PARA, externe des Hôpitaux, et TUFFIER, interne des Hôpitaux.)

Uréthro-vaginite chronique. — Cystite secondaire. — Phlegmon de la cavité préperitonéale de Retzius. — Mort. — Autopsie.

Eugénie F..., âgée de 31 ans, couturière, entre le 25 janvier 1884 à l'hôpital Necker, salle Sainte-Cécile, n° 1, service de M. le professeur Guyon.

Les antécédents héréditaires ne présentent rien de particulier. Cette femme, ordinairement d'une santé délicate, n'a cependant jamais fait de maladie grave ; elle a été réglée pour la première fois à 18 ans et a eu périodiquement ses règles jusqu'en 1881, époque à laquelle elles ont définitivement disparu. Elle raconte qu'en 1878 elle contracta une vaginite caractérisée par un abondant écoulement verdâtre et un peu de cuisson pendant la miction ; elle négligea cette affection jusqu'au jour où survinrent des accidents abdominaux et vésicaux.

Il y a six ans, un soir, elle fut mouillée à la suite d'une longue course. Ce soir-là même, elle fut prise de vives douleurs abdominales et de tous les symptômes de pelvipéritonite, sous l'influence de laquelle les phénomènes de cystite, qu'elle présentait depuis quelque temps, s'aggravèrent également. Elle fut portée dans un hôpital et y séjourna pendant plusieurs mois. Pendant le temps de son séjour dans cet hôpital, elle se plaignit surtout de désordres vésicaux et ce furent surtout ceux-ci qui attirèrent l'attention du chirurgien. Elle prit en effet force médicaments (de la térébenthine, du santal, etc.). On lui pratiqua même des lavages intra-vésicaux ; mais devant la douleur qu'ils provoquaient, on dut y renoncer. N'obtenant aucune amélioration, la malade quitta l'hôpital ; à son départ, on lui remit une ordonnance où nous lisons : « Jamais ne se laisser appliquer des vésicatoires ». Il est donc probable qu'on avait pensé à une néphrite compliquant ces accidents du côté de la vessie. Après un long séjour dans sa famille, à la campagne, elle entre dans le service de M. le professeur Guyon. Elle est maigre, pâle et ressemble à une phthisique à la dernière période.

Toute la région hypogastrique, depuis le pubis jusqu'à l'ombilic, est tuméfiée, douloureuse à la palpation, sonore à la percussion, chaude, sans empatement ni rougeur de la peau. Le vagin est le siège des altérations les plus profondes ; il est comme rétréci et permet difficilement l'introduction du doigt, qui, à peine entré, constate le boursoufflement et la chaleur dont la muqueuse est le siège ; en l'introduisant plus profondément, on trouve l'utérus en situation normale, mais complètement immobilisé ; entre l'utérus et la face postérieure de la vessie on constate l'existence d'une petite masse indurée. La malade rend avec les matières fécales une quantité assez notable de pus. Par le toucher rectal, on ne trouve aucune ulcération, aucune fistule.

L'examen au spéculum ne permet pas de trouver de lésion. Elle expulse toutes les demi-heures une petite quantité d'urine, au prix d'efforts violents et douloureux. Elle n'a jamais eu d'hématuries, même peu abondantes. Les urines sont troubles et contiennent un épais dépôt muco-purulent. Le cathétérisme de l'urèthre est douloureux pendant toute sa durée et donne lieu à l'écoulement d'une urine dont les dernières gouttes sont purulentes ; le bas-fond de la vessie est douloureux ; on ne sent point, par la palpation abdominale, la sonde introduite dans ce réservoir.

La malade n'a pas d'appétit, vomit constamment. De temps en temps, elle a de la diarrhée fréquente, mais passagère ; pas de sueurs nocturnes ; quelques poussées fébriles, irrégulières et peu élevées le soir ; à l'auscultation des poumons, on ne trouve rien d'anormal.

M. Guyon pose le diagnostic de phlegmon péri-utérin.

Les choses restèrent dans cet état pendant quatre mois, la malade vomissant tout ce qu'elle prenait, souffrant toujours beaucoup, urinant fréquemment, et luttant par des efforts constants contre sa contraction du col. C'est pour lutter contre l'extension de cette cystite aux urèthres et aux reins que M. Segond, suppléant M. Guyon, a pratiqué, le 11 juillet, la dilatation forcée du sphincter vésical. Cette opération n'a donné aucun résultat ; il n'y a pas eu d'incontinence. L'état général s'aggrave chaque jour, et cette femme succombe le 5 août.

Autopsie. — A l'ouverture du cadavre, on trouve une collection purulente, bien limitée, en avant par la paroi postérieure de l'abdomen, au-dessus de la symphyse du pubis et en arrière par la face antérieure de la vessie ; on y trouve environ un litre de pus grisâtre, fétide ; le tissu conjonctif de la cavité péritonéale est en voie de transformation purulente, aussi bien que la partie interne des muscles droits, qui sont détruits dans une largeur de 3 centim. et demi. Dans le haut, c'est surtout la gaine, et dans le bas les muscles, que le pus a minés. Le périoste, qui recouvre le pubis et la symphyse, est intact. Cette collection purulente ne communique pas avec le péritoine ni avec la cavité du bassin.

La vessie, dont les parois sont légèrement épaissies, est adhérente à sa partie postérieure à l'utérus par quelques brides, faciles à détacher. En l'ouvrant, on trouve environ 200 gram. d'urine mélangée à du muco-pus. Le col vésical, ainsi que le bas-fond, sont tapissés par de petites végétations rougeâtres, nombreuses et pressées les unes contre les autres. Les uretères sont perméables et non dilatés. L'urèthre n'est pas dilaté ; sa muqueuse est recouverte de fines granulations, surtout au niveau du col de la vessie.

La muqueuse vaginale est rouge, enflammée, épaissie, et présente des saillies disséminées qui lui donnent un aspect irrégulier, comme chagriné. L'utérus et ses annexes paraissent sains.

Les intestins sont dilatés par des gaz, mais ils ne présentent, ainsi que le péritoine pariétal, aucune lésion ancienne ni récente. La mu-

queuse rectale est rouge, boursouflée, non ulcérée, n'offrant aucune communication avec le phlegmon prévésical. Les autres organes sont sains.

Mais la suppuration ne reste pas toujours ainsi limitée à la région prévésicale ; elle envoie des fusées plus ou moins loin dans les espaces voisins, dans le bassin, au périnée. Nous trouvons dans Constantin Paul (*Études anat. nouv. sur la région hypogastrique ; Bull. de la Soc. anat.*, 1862) la relation d'une autopsie où existaient des désordres considérables et des fusées purulentes très étendues ; sa lecture fera mieux connaître que notre description la grandeur et la diffusion du foyer purulent.

OBSERVATION IV.

Phlegmon prévésical. — Mort. — Autopsie ; fusées purulentes vers le bassin et le périnée.

Dans l'hôpital de Marie-Magdeleine, à Saint-Pétersbourg, mourut en septembre 1860 un homme atteint d'un abcès de la région ano-périnéale qui s'était fait jour par le rectum et qu'on avait pris pour un iléus. A l'autopsie, on ne trouva aucun exsudat liquide dans la cavité abdominale, pas de pus provenant de la cavité prépéritonéale, seulement une légère couche d'un exsudat fibrineux sur les intestins et quelques prolongements fins se rompant facilement qui unissent la paroi postérieure de la cavité prépéritonéale à l'S. iliaque et à la partie terminale de l'iléon.

Au-dessus de la vessie, dans la paroi postérieure de la cavité prépéritonéale, il y avait un grand trou ayant transversalement 2 pouces et verticalement 1 pouce $\frac{1}{3}$ qui faisait communiquer la cavité péritonéale avec la prépéritonéale. La cavité prépéritonéale se prolongeait dans une cavité située entre la paroi antérieure du bassin et la vessie et descendait jusqu'à la prostate. De la cavité commune partaient deux foyers sous le péritoine.

L'un d'eux se portait à droite et se partageait en deux prolongements, dont l'un, antérieur, s'était frayé un passage dans le canal crural, le postérieur dans la fosse iliaque entre le péritoine et le *fascia*

iliaca, jusqu'à l'union du cœcum avec le péritoine. L'autre prolongement se portait à gauche, passait par la grande échancrure sciatique dans la région fessière jusqu'au grand trochanter. Au fond de la cavité commune, de chaque côté contre la prostate dans le diaphragme fibro-charnu du bassin, il y avait un trou plus grand. Ces deux trous conduisaient dans une cavité située dans la région ano-périnéale, et comprenant le creux ischio-rectal et le triangle périnéal. De cette cavité, il y avait une communication avec le rectum à travers la région prostatique de cet intestin. La cavité commune était vide. La contre-cavité droite contenait seulement un peu de pus. Le prolongement droit et le prolongement gauche dans la partie en dehors du bassin, et la contre-cavité gauche, étaient remplis de pus. La vessie était rétractée mais pas altérée. La prostate et le rectum au-dessus de la perforation étaient normaux, l'épine sciatique gauche était dépourvue de son périoste.

SYMPTOMES.

Dans la marche clinique du phlegmon prévésical nous pouvons distinguer deux périodes : la première, véritable période prodromique, est caractérisée par des troubles généraux ; dans la seconde, apparaît la tumeur avec ses caractères particuliers.

PREMIÈRE PÉRIODE. — Cette période est caractérisée par l'apparition de troubles généraux et locaux indiquant un état de souffrance de l'intestin et de la vessie ; les troubles digestifs sont très variables : tantôt c'est une constipation opiniâtre, tantôt de la diarrhée ; le malade éprouve des nausées, quelquefois des vomissements bilieux très intenses ; la langue est saburrale, l'anorexie complète, la soif vive. La fièvre se déclare plus ou moins vive ; souvent un frisson violent ouvre la scène. En même temps existe, accompagnée de coliques plus ou moins violentes, une douleur très intense, surtout localisée à la région hypogastrique et s'étendant très rarement aux parties avoisinantes. Cette douleur se

révèle avec des caractères d'une telle violence qu'elle empêche tout mouvement du malade, toute exploration, et que le patient prend instinctivement les positions les plus bizarres pour chercher à l'atténuer. L'examen local, très difficile par suite des souffrances qu'il fait éprouver au malade, ne permet guère de constater à cette période que la tension et la rétraction des parois de l'abdomen.

Les troubles urinaires observés pendant cette première phase de la maladie sont : des envies fréquentes d'uriner, avec un léger ténesme vésical. Les urines, à moins de cystite concomitante, sont claires et ne présentent aucune altération pathologique. Dans quelques cas enfin, mais très rarement, on peut observer une rétention complète d'urines.

Mais la marche du phlegmon n'est pas dans tous les cas aussi rapide. Quelquefois il s'établit peu à peu et sournoisement, presque sans aucune réaction du côté du tube digestif et de l'appareil urinaire. C'est à peine si le malade se plaint d'une gêne, d'une douleur vague à l'hypogastre, douleur qui augmente par la fatigue, mais n'empêche pas le malade de se livrer à ses occupations. A de rares intervalles apparaissent seulement quelques légers troubles digestifs ou urinaires. Cet état peut se maintenir pendant un temps variable, et la tumeur n'apparaître qu'au bout de plusieurs mois ou de plusieurs années. Enfin cette période manque quelquefois complètement; la tumeur phlegmoneuse s'établit sourdement, sans produire aucune réaction, aucun trouble dans l'économie, et ce n'est que par hasard que le malade s'aperçoit de son existence et de son développement.

SECONDE PÉRIODE. — C'est dans cette période qu'apparaît et se développe la tumeur phlegmoneuse. C'est d'abord un léger *bombement* de la région hypogastrique, où l'on sent un empâtement, une plaque dure. Mais, à mesure qu'elle se développe, la tumeur se décèle par des signes physiques propres. Elle déborde

le pubis et vient former au-dessus une saillie arrondie, globuleuse, qui remonte vers l'ombilic et rappelle, à première vue, la vessie distendue par l'urine. C'est donc en général un globe saillant à la région hypogastrique, limité latéralement par les dépressions des fosses iliaques ; en haut, par l'enfoncement de l'ombilic et de la région ombilicale. Les dimensions de la tumeur varient suivant les cas : tantôt enfoncée derrière le pubis, elle ne le déborde en haut que de 2 à 3 centim. ; le plus généralement, elle remonte jusqu'à 8 ou 9 centim. ; d'autres fois elle s'élève plus haut, atteint l'ombilic ou le dépasse. Latéralement, elle peut s'étendre aussi d'une façon très variable : tantôt elle est médiane et symétrique, s'étendant à 5 à 6 centim. de chaque côté de la ligne blanche ; tantôt au contraire elle se développe irrégulièrement d'un côté et atteint la fosse iliaque ; d'autres fois enfin elle envahit les deux fosses iliaques. Dans quelques cas, très rares, elle se développe d'un seul côté de la ligne blanche, dont elle ne s'éloigne pas de plus de 5 à 6 centim.

A la palpation, on sent une tumeur dure, résistante, irrégulière, à nombreuses bosselures. Dans quelques cas, on peut constater qu'elle s'enfonce derrière le pubis. D'autres fois au contraire on sent la face postérieure de cet os libre, la tumeur ne commençant qu'au niveau de son bord supérieur. En la saisissant entre les mains, on peut dans quelques cas lui imprimer certains mouvements, voir qu'elle fait corps avec les parois abdominales. D'autres fois, elle est immobile derrière les muscles droits qui la brident.

Le toucher rectal est ici d'une très haute importance pour donner des renseignements sur la nature et la forme de la tumeur. Le doigt, introduit dans le rectum, sent au-dessus de la prostate une tumeur plus ou moins développée, à peine sensible dans certaines circonstances, occupant tout le petit bassin dans d'autres et ne pouvant être complètement explorée à cause de ses dimensions. La tumeur sentie à travers la paroi antérieure du

rectum correspond toujours à la saillie hypogastrique et l'on sent qu'elle fait corps avec elle. Dans certains cas très exceptionnels, cette manœuvre ne donne aucun résultat.

Par le toucher vaginal, on arrive également à se renseigner très bien. On sent le col repoussé en arrière, le cul-de-sac antérieur effacé et quelque chose de dur déprimer la paroi antérieure du vagin et correspondre à la tumeur sus-pubienne.

Pendant cette période, il existe encore des troubles généraux quelquefois très inquiétants: la fièvre, assez modérée, se maintient en général vers 38°,5; les troubles du système digestif persistent, les troubles urinaires s'accroissent; les mictions, très fréquentes, sont très douloureuses; l'urine peut être trouble et purulente; dans certains cas, il y a rétention complète. Le cathétérisme pratiqué dans ces conditions ramène une urine normale et ne modifie en rien la forme de la tumeur. A quoi attribuer cette rétention d'urine lorsqu'il n'y a point un rétrécissement concomitant? Ce ne peut être à la cystite, puisque le cathétérisme n'obtient la plupart du temps qu'une quantité peu abondante d'une urine normale et nullement purulente. On ne peut davantage admettre l'influence seule de la compression exercée sur la vessie; il est probable qu'à cette cause vient se joindre une irritation vésicale par action réflexe dont la tumeur est le point de départ.

La douleur persiste aussi intense, aussi atroce que dans la première période, tant que la tumeur n'est pas entrée en résolution ou que le pus n'a pas été évacué au dehors. L'hyperesthésie est telle que la moindre exploration est très douloureuse sans narcose. Le malade ne peut supporter même le contact de la chemise ou des draps et prend une position qui augmente le relâchement de la paroi abdominale. Ainsi, le malade que nous avons observé (Obs. VIII) est resté pendant un mois les cuisses fléchies sur le bassin et les jambes fléchies sur les cuisses, faisant le moins possible de mouvements.

TERMINAISON. — DURÉE.

La terminaison du phlegmon prévésical peut se faire de trois manières : par résolution, par induration au par suppuration.

La terminaison par résolution est la plus favorable par ses résultats et par sa durée. Dans ce cas, tous les phénomènes inflammatoires s'amendent peu à peu, les troubles généraux se calment, la tumeur perd de sa sensibilité, s'efface peu à peu et finit par disparaître complètement dans un temps assez court. Par le palper abdominal, le toucher vaginal ou rectal, on constate cette résolution progressive. Dans les cinq cas rapportés par Villiers¹ elle s'est accomplie dans l'espace de trois à six semaines.

La terminaison par induration est très rare. Il n'existe que trois cas dans lesquels les phénomènes généraux ont disparu et où il n'est resté que la tumeur devenue indolente. On peut se demander si cette terminaison par induration existe réellement ; si dans ce cas la résolution n'a pas été seulement retardée ou si, sous une influence quelconque, dans un délai plus ou moins long, la tumeur n'est pas destinée à s'enflammer de nouveau et à se terminer alors par résolution. On pourrait ainsi voir dans cette terminaison par induration un stade intermédiaire à la résolution ou à la suppuration.

La terminaison par suppuration est de beaucoup la plus commune : dans les 61 cas de phlegmon prévésical rapportés par Villiers, elle a existé cinquante-trois fois. Dans nos deux observations inédites, ainsi que dans celle de Pinner, cette terminaison a eu également lieu.

¹ *Des Terminaisons du phlegmon prévésical*, Thèse de Nancy, 1885.

Lorsque la suppuration est prête à paraître, elle est annoncée par des phénomènes nouveaux : la fièvre, loin de s'amender, persiste plus vive ; le malade éprouve des frissons irréguliers dans leur intensité et leur apparition. La diarrhée apparaît lorsqu'elle n'existait pas auparavant. Le malade, inquiet et agacé, éprouve des douleurs lancinantes à la région hypogastrique. La peau devient rouge et œdématiée, la tumeur présente bientôt une fluctuation d'abord confuse, éloignée, profonde, qui devient peu à peu superficielle et peut occuper une très grande étendue. On peut dans certains cas constater la présence d'une certaine quantité de gaz qui donnent à la tumeur de la sonorité, produisent du gargouillement quand on la malaxe, et contribuent à créer un contraste frappant entre la fluctuation du centre ramolli et l'induration parfois énorme des bords.

Lorsque la fluctuation a été reconnue à temps, le médecin donne issue au pus, soit par une incision abdominale, soit par une ponction aspiratrice. Le pus existe ordinairement en très grande quantité, souvent il présente une odeur repoussante due à la présence de gaz. Son aspect est assez variable ; dans certains cas, il est franchement phlegmoneux et de bonne nature ; dans d'autres, au contraire, il est rougeâtre, sanguinolent, couleur chocolat.

Sur les 56 cas de phlegmons suppurés, le pus n'a pas été évacué au dehors par le même mécanisme. Vingt fois le chirurgien est intervenu, soit par une incision à la paroi abdominale, soit par une ponction avec un appareil aspirateur. Dans 10 cas, le foyer purulent n'ayant pas été ouvert à temps, l'inflammation s'est étendue du côté de la cavité abdominale, le pus a fusé du côté du péritoine, a perforé la séreuse ou amené une péritonite purulente fatale.

Dans dix autres observations, on trouve notée l'ouverture spontanée de l'abcès à travers la paroi abdominale, et, sur ces 10 cas, sept fois cette ouverture a siégé à l'ombilic, ce dont nous rend

parfaitement compte la disposition anatomique ; le pus a suivi le trajet de l'ouraque, du sommet de la vessie à l'orifice ombilical.

Dans une autre série d'observations, nous trouvons que l'abcès prévésical s'est fait jour à travers des organes voisins. Cependant ces faits sont rares. Ainsi, une seule fois le pus a miné et perforé la paroi antérieure de la vessie et s'est écoulé au dehors à travers le canal de l'urèthre.

Deux fois l'abcès s'est ouvert dans le rectum, une fois dans le cœcum, trois fois dans l'intestin grêle. Dans 3 cas, pour bien vider la poche, on a été obligé de pratiquer une ouverture à la peau et une contre-ouverture au vagin, et on a fait le drainage abdomino-vaginal.

Lorsque le phlegmon prévésical se termine par suppuration, sa durée varie de deux ou trois mois à plusieurs années.

Voici un cas rapporté par Bouilly.

OBSERVATION V (Résumée).

Gazette médicale de Paris, 1884.

Une jeune femme eut à l'âge de 22 ans un abcès prévésical qui s'ouvrit à l'ombilic. Il persista une fistule à travers laquelle le pus continuait à s'écouler en très petite quantité. A l'âge de 29 ans se montra une petite hernie à l'ombilic, qui nécessita l'application d'une ceinture. Trois ans après, cette femme ayant acheté une ceinture à pelote plus grande et à ressort plus fort, le pus de l'abcès prévésical fut retenu sous l'influence de la pression exercée sur l'orifice fistuleux et continua à s'accumuler pendant une quinzaine de jours au lieu de s'écouler au dehors comme d'habitude, et, soit par un travail d'ulcération, soit par une déchirure spontanée, pénétra dans la cavité péritonéale, et détermina la mort.

Le résumé de cette observation nous montre, non seulement la longue durée que peuvent avoir ces abcès, mais encore la fistulisation possible de l'orifice qui a donné issue au pus.

Lorsque la suppuration est terminée, il reste dans quelques cas, à la région hypogastrique, de l'empâtement et une induration plus ou moins considérable qui est douloureuse et peut persister pendant un temps assez long (Obs. VIII).

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

DU PHLEGMON SOUS-MUSCULAIRE AVEC LE PHLEGMON RÉTRO-PUBIEN.

Après avoir décrit les symptômes, la marche et la terminaison des phlegmons prévésicaux, il nous reste à voir si, en clinique, on doit en admettre deux variétés. Pautzat, Pinner, le croient et pensent que souvent le diagnostic entre le phlegmon rétro-pubien ou prévésical vrai et le phlegmon sus-pubien ou sous-musculaire est possible.

La lecture des relations d'autopsies, au chapitre de l'Anatomie pathologique, nous montre que dans ces cas tout le tissu cellulaire prévésical a été atteint; que, le *fascia transversalis* de Cooper ayant été un mur insuffisant, l'inflammation s'est étendue aux deux espaces prévésicaux. Lorsque le processus phlegmatique sera un peu violent, que le *fascia transversalis* n'aura pas le temps de s'épaissir, il en sera toujours ainsi.

L'étiologie, quand elle est nette et précise, ne peut nous renseigner que sur l'espace primitivement atteint. Il est évident que lorsqu'un épanchement sanguin aura été la cause occasionnelle, ce sera par l'espace sous-musculaire que le phlegmon aura débuté; ce sera par l'espace prévésical vrai, au contraire, si la vessie ou tout autre organe du bassin sont incriminés.

Dans les deux variétés, les symptômes et la marche sont les mêmes; la forme, l'étendue de la tumeur, sont les seuls éléments de diagnostic sérieux. Nous ne parlerons pas des troubles urinaires,

car dans les deux variétés ils existent avec à peu près les mêmes caractères, et peuvent également faire défaut.

Ce qui distingue véritablement les deux variétés, c'est l'espace qu'occupe la tuméfaction phlegmoneuse et sa forme. Les phlegmons de l'espace prévésical vrai, prenant naissance dans le bassin, existent en arrière du pubis et vont en s'élevant plus ou moins haut au-dessus de la symphyse. Ils ont ainsi leur base en bas, et par la palpation on sent une tumeur se prolongeant derrière le pubis jusqu'au bassin.

Le sous-musculaire au contraire, prenant naissance immédiatement au-dessus de la symphyse, n'a pas de prolongement en bas; occupant exactement cet espace, il a la forme des muscles droits. Aussi le sommet de la tuméfaction se trouve en bas à la symphyse et la base en haut. La tumeur dans ces cas peut être nettement circonscrite d'un seul côté de la ligne blanche au lieu d'occuper les deux côtés. La première disposition nous est expliquée par l'existence du septum celluleux, qui du *fascia transversalis* de Cooper va à la ligne blanche.

Le palper nous sera ici d'un grand secours pour nous éclairer sur le siège de la tumeur, nous faire voir si elle fait corps avec les muscles et est mobile avec eux, ce qui nous démontrerait qu'elle siège dans l'espace sous-musculaire. Mais souvent toute exploration est impossible sans narcose à cause de la douleur, ou bien encore à cause du volume de la tumeur, et ce ne sera que plus tard, lorsqu'une partie du pus sera évacuée ou que la résolution aura commencé, qu'il sera possible de se rendre compte si elle présente ou non des prolongements dans le bassin, et si l'espace situé entre le pubis et la vessie est libre.

Le toucher rectal ou vaginal peut encore nous donner des renseignements importants. On comprend fort bien que dans le cas où le phlegmon occupera seulement l'espace sous-musculaire, la tuméfaction soit moins accessible, plus éloignée et plus vague que dans le phlegmon rétro-pubien.

En résumé, dans le cas rare où le phlegmon prévésical reste limité à un seul des deux espaces celluloux situés au-devant de la vessie, les caractères de la tumeur pourront seuls fournir les données nécessaires au diagnostic différentiel.

DIAGNOSTIC.

A ses deux périodes, le phlegmon prévésical peut être confondu avec d'autres affections.

Au début, on peut croire à une péritonite ; cette erreur de diagnostic a été assez souvent commise. Le début brusque du phlegmon, s'annonçant par un frisson, de la fièvre, des nausées, des vomissements, de l'anorexie, des douleurs très vives à l'hypogastre, peut un instant en imposer, surtout vu la rareté de celui-ci en comparaison de la fréquence de l'inflammation de la séreuse péritonéale.

L'étude attentive de la douleur est à ce moment l'élément le plus important de diagnostic.

Dans le phlegmon, la douleur est limitée à la région hypogastrique et présente en ce point un centre fixe d'irradiation, de maximum d'intensité.

Dans la péritonite, au contraire, la douleur, plus étendue, se généralise vite à la plus grande partie de la paroi abdominale, et en outre les phénomènes généraux revêtent une bien plus grande gravité : le pouls est fréquent, filiforme ; la prostration extrême ; les vomissements sont fréquents, incoercibles ; enfin le météorisme, le ballonnement, la sensibilité générale du ventre, diffèrent notablement de l'induration abdominale dans le cas de phlegmon.

La confusion avec l'entéralgie ne peut être que de courte durée. L'intermittence, la variabilité du siège de la douleur dans l'entéralgie, l'état fébrile, la température plus élevée de la région

hypogastrique, le siège constant de la douleur à la région prévésicale, dans le phlegmon, permettent en règle générale de poser le diagnostic avant l'apparition des troubles urinaires ou de la tumeur phlegmoneuse.

L'entérite aiguë peut pendant un certain temps induire en erreur. Nous avons vu en effet que dans la première période le phlegmon prévésical était caractérisé par des phénomènes gastro-intestinaux plus ou moins intenses. Mais l'hyperesthésie de la région sus-pubienne, l'apparition de phénomènes pathologiques du côté de l'appareil urinaire, et par-dessus tout le développement de la tuméfaction à l'hypogastre, viendront bientôt permettre de poser un diagnostic précis.

Enfin, dans cette même période, les troubles fonctionnels du côté de la vessie pourraient faire croire à une cystite ; mais l'examen de l'urine, claire et limpide en général, ne permet guère le doute.

Dans la seconde période, ou période de tuméfaction, l'erreur le plus souvent commise consiste à croire à la vessie distendue par l'urine. L'erreur s'explique fort bien. Nous avons vu en effet que la tumeur phlegmoneuse occupait la région médiane de l'épigastre, s'élevait au-dessus du pubis, en formant une saillie globuleuse qui dans certains cas présentait des contours assez réguliers. Mais l'erreur est vite reconnue si, ne se contentant pas des apparences que nous fournit la vue, on fait intervenir le palper abdominal, le toucher rectal, et surtout le cathétérisme.

Au palper abdominal, la vessie pleine d'urine donne une sensation de rénitence et d'élasticité particulière, est très régulièrement ovoïde et nettement limitée. La tumeur phlegmoneuse présente une dureté irrégulière, des bosselures nombreuses surtout sur les bords, et enfin offre des prolongements plus ou moins nets, plus ou moins étendus sur les côtés.

Par le toucher rectal, on peut encore arriver au diagnostic. Dans le cas de vessie distendue, le doigt introduit dans le rectum,

arrivé à 3 ou 4 centim., sent la tumeur formée par le réservoir urinaire. Dans le cas de phlegmon, le doigt doit aller plus loin, dépasser la prostate; il rencontre alors une saillie qui, suivant les cas, est plus ou moins développée; à peine appréciable dans certains, elle occupe dans d'autres une grande partie du bassin; cette tumeur perçue par le doigt fait nettement corps avec celle qui occupe la région hypogastrique.

Le plus sûr moyen de diagnostic est encore le cathétérisme. Arrivée dans la vessie, la sonde évacuera l'urine, et dans le cas de vessie distendue la tumeur disparaîtra aussitôt. Dans le cas de phlegmon, la tumeur persistera avec ses divers caractères.

Certaines autres affections vésicales doivent être signalées au point de vue du diagnostic différentiel. Un gros calcul, une tumeur vésicale néoplasique ou autre, un diverticule anormal de la vessie, peuvent en effet faire saillie à l'hypogastre et faire croire au médecin qu'il se trouve en présence d'un phlegmon prévésical développé sourdement. Nous n'insisterons que sur les diverticules vésicaux. La vessie présente, dans certains cas, des loges où s'amasse l'urine. Si à la face antérieure se développe un de ces diverticules, il peut venir faire saillie à l'hypogastre et égarer le diagnostic.

Nous allons rapporter une observation inédite, que nous devons à l'obligeance de M. le Dr Péthellaz, médecin de la Marine. Dans ce cas, la vessie présentait de chaque côté un diverticule; on comprend combien le diagnostic différentiel aurait été difficile si un de ces diverticules s'était trouvé sur la face antérieure, surtout étant donné que le malade était atteint d'un abcès de la fosse ischio-rectale.

OBSERVATION VI (Inédite).

Hôpital maritime, Toulon. Salle 5, lit 35. Revest, Justin, âgé de 53 ans, ouvrier aux subsistances, entré à l'hôpital le 29 décembre

1883. Décédé le 4 février 1884 à 5 heures du matin. — Absès de la fosse ischio-rectale.

Autopsie faite vingt-quatre heures après la mort.

Habitus extérieur: Amaigrissement considérable, teinte cachectique, taches verdâtres à la face postérieure des cuisses à fosse iliaque.

Rigidité cadavérique. Absès présente deux ouvertures, l'une à la région périnéale, l'autre à la région ischio-rectale.

La boîte crânienne n'a pas été ouverte.

Cavité abdominale: L'estomac est vide et aplati, taches ecchymotiques très légères sur la muqueuse. Les intestins sont distendus et remplis de gaz. Foie normal, pas trace d'altérations pathologiques. Poids 1,700 gram.

Reins: Gauche, légère congestion — droit, fortement injecté, plus volumineux, légèrement déformé. Il contient du pus bien lié, et l'on trouve à sa surface interne de petites anfractuosités.

La *vessie* présente une forme très irrégulière, elle est comme ratatinée, dure à la pression. De chaque côté de la vessie se trouve une poche plus volumineuse que la vessie elle-même, remplie de pus et d'urine, constituée par la dilatation de cellules vésicales et communiquant chacune par un orifice particulier avec la vessie normale. A l'ouverture, on constate un épaississement considérable avec hypertrophie des parois muqueuses de l'organe; elle affecte sur toute sa surface l'aspect de colonnes charnues, entre lesquelles on trouve du pus en assez grande quantité.

Dans la fosse ischio-rectale, on trouve une poche assez vaste communiquant à l'extérieur et également remplie de pus. Il existe également un trajet fistuleux urinaire de la région périnéale.

Poumons sains. — Cœur normal.

Un épanchement sanguin ou urineux dans la loge prévésicale peut encore créer des difficultés pour le diagnostic. Ici l'élément de différenciation sera dans l'appréciation des causes qui ont donné naissance à la tumeur, dans le mode de début de l'affection, le mode de développement de la tuméfaction.

Une tumeur prévésicale développée presque subitement à l'occasion d'un violent traumatisme, d'une opération ayant porté

sur les voies urinaires, sera un épanchement d'urine ou de sang dans la cavité prévésicale.

Dans le cas d'hématome prévésical, la région hypogastrique présentera en outre des ecchymoses.

Enfin le meilleur moyen de diagnostic sera la ponction avec un appareil aspirateur. L'aspect ou l'analyse du liquide recueilli tranchera la difficulté.

Quant aux tumeurs des parois abdominales ou du petit bassin, que l'on pourrait confondre avec la tuméfaction du phlegmon prévésical, le mode de début, les symptômes, la marche, les caractères de la tumeur suffiront en général pour faire éviter l'erreur. Dans certains cas cependant, ces éléments seront insuffisants, et il sera très difficile de poser un diagnostic précis. Nous allons en fournir un exemple dans une observation où des chirurgiens tels que Paulet et Verneuil avaient cru à un ostéo-sarcome du bassin, alors que c'était un abcès prévésical consécutif à la pénétration d'une balle dans le bassin.

OBSERVATION VII.

(In Gerardin. Thèse de Paris, 1879. Communiquée par le Dr BOUSQUET.)

Abcès de la cavité de Retzius consécutif à la pénétration d'une balle dans le bassin, pris au début pour un ostéo-sarcome du bassin. — Guérison.

En 1877, dans le courant du mois de juillet, nous fûmes appelé pour visiter un malade, rue Oudinot. C'était un jeune homme de 28 ans, nommé V..., ingénieur. Il portait dans l'abdomen une tumeur volumineuse qui, partant du petit bassin, remontait à environ quatre travers de doigt au-dessus de la symphyse. Elle était à cheval sur la ligne blanche, empiétant à trois travers de doigt à gauche et à quatre environ à droite; elle était extrêmement dure, lisse, et nulle part on ne pouvait y percevoir la moindre fluctuation. Par le toucher rectal, on sentait une masse, un bloc occupant tout le petit bassin, et dont la dureté était telle que M. le professeur Paulet, appelé en consultation et qui examina le malade le soir, nous dit: « Je ne puis mieux comparer ce que j'éprouve qu'à la sensation que donne le fi-

brome de l'utérus». Quant au malade, en l'interrogeant, voici ce que l'on apprenait: la tumeur avait débuté depuis trois mois, et il y avait au moins ce temps-là qu'il s'en était aperçu, et il l'attribuait à une chute qu'il avait faite dans un puits de mine. Nous verrons ce qu'il faut penser de cette opinion. C'étaient d'abord une pesanteur dans le bassin et des mictions plus fréquentes qui avaient attiré son attention. Ces mictions s'expliquent facilement si l'on songe à la situation de la tumeur. Elle avait pris naissance en arrière de la vessie, en se développant l'avait comprimée, en sorte qu'on avait pu croire un instant à la présence d'un calcul dans la vessie. Quand on explorait cette dernière, on la trouvait parfaitement libre, mais fort rétrécie et aplatie derrière la symphyse du pubis. Ajoutons, pour être complet, que la cuisse droite était fléchie sur le bassin, avec lequel elle formait un angle de 150 degrés environ. Les mouvements en étaient douloureux et l'extension complètement impossible. Voilà ce que l'on constatait.

Pendant la campagne de 1870-71, le malade était mobile, et dans les premiers jours de janvier 1871 il avait reçu, à l'armée du Nord, une balle qui avait pénétré dans la fesse droite et s'y était perdue. En examinant l'orifice d'entrée du projectile, on trouvait qu'il correspondait exactement au niveau de la grande échancrure sciatique....

Quelle était la nature de cette tumeur ?

Fallait-il songer à un néoplasme développé dans le petit bassin ou à un phlegmon sous-péritonéal occasionné par la présence du corps étranger sous l'influence d'une cause occasionnelle qui nous échappe ?

Certes, le diagnostic était difficile, et la première opinion était celle qui présentait le plus de vraisemblance. D'abord la tumeur était extrêmement dure, son développement avait été lent, nulle part trace de fluctuation, pas ou presque pas de mouvement fébrile. Contre le diagnostic d'abcès profond produit par la présence d'un corps étranger, il y avait encore le long espace de temps écoulé depuis l'accident primitif. Toutes ces raisons militaient en faveur du diagnostic de néoplasme.

Contre cette opinion on avait, il est vrai, des raisons assez sérieuses.

D'abord l'état général du malade, l'absence complète de ganglions, l'âge, 28 ans, les antécédents, etc. Aussi avions nous cru pour notre part pouvoir nous arrêter au diagnostic de phlegmon profond de la cavité de Retzius.

Le cas était grave, et, le malade étant venu à Paris pour être complètement renseigné sur son état, nous avons demandé l'avis d'un de nos Maîtres, M. le professeur Paulet. Après avoir longuement examiné le malade, M. Paulet rejeta totalement l'idée d'abcès, et fut d'avis que nous avions affaire à un néoplasme, et probablement à un ostéo-sarcome du bassin.

La famille ayant désiré avoir l'avis de M. le professeur Verneuil, l'éminent chirurgien, appelé en consultation, confirma entièrement l'opinion de M. Paulet. On annonça donc à la famille que le malade était perdu, que sa tumeur était de mauvaise nature, et on conseilla au malade de repartir.

Deux mois après environ, vers la fin du mois d'août, nous reçûmes une lettre dans laquelle on nous disait que la tumeur avait beaucoup augmenté et que le malade souffrait beaucoup, et l'on nous demandait ce qu'il fallait faire. Naturellement notre idée première d'abcès sous-péritonéal était loin de nous. Pendant que la tumeur avait évolué et que le malade approchait de sa fin, nous lui prescrivîmes des cataplasmes de ciguë et des pilules de même nature à l'intérieur, dans le but d'agir plus moralement que physiquement sur ses souffrances.

Nous n'entendîmes plus parler de notre malade et nous pensions qu'il était mort. Aussi, quel ne fut pas notre étonnement de voir dans le courant d'octobre le même M. V... revenir nous consulter, jouissant de toutes les apparences de la santé. Il nous raconta alors, qu'à la suite de l'application de quelques cataplasmes de ciguë, la tumeur s'était fortement acuminée et qu'enfin le médecin de la localité, après avoir appliqué de la potasse caustique, avait ouvert une cavité d'où s'était écoulée une quantité considérable de pus que le malade estimait à 3 litres environ. L'appétit était rapidement revenu, l'embonpoint et les forces avec lui; en somme, l'état général était bon, mais il restait une fistule par où s'écoulait toujours de la sanie purulente. C'était pour qu'on remédiât à cette infirmité que le malade revenait à Paris.

A l'examen, on trouvait une tumeur dure qui occupait tout le flanc gauche et une partie du flanc droit. Elle était formée par la poche épaissie et indurée de l'abcès; au milieu, à 0^m,08 de la symphyse et à 0^m,02 à gauche; en dedans de la ligne blanche, se trouvait l'ouverture fistuleuse. Un stylet, introduit par cette ouverture, pénétrait dans différentes directions: 1^o à gauche et en haut; 2^o à droite et en bas; directement en bas sur la symphyse du pubis.

Dans les deux premières directions, un stylet de trousse grand modèle disparaissait presque entièrement ; en bas, il plongeait de 0^m,10 environ. On pénétrait ainsi dans une cavité à parois rugueuses, comme parcheminée, traversée par des brides fibreuses sur lesquelles ce stylet avait des ressauts. Nulle part trace de corps étranger. C'était les premiers jours de l'ouverture de l'abcès qu'il eût fallu, alors que l'intérieur de la cavité était franchement accessible, rechercher le corps étranger ; malheureusement cette exploration avait été négligée.

Le lendemain, en l'absence de MM. Paulet et Verneuil, nous avons examiné le malade avec M. le professeur Perrin, qui fut d'avis d'intervenir et de dilater ces trajets fistuleux. Vu leur profondeur et l'épaisseur des parois, M. Perrin préféra se servir du dilateur urétral ; ce mode de dilatation est d'ailleurs plus rapide que l'éponge calcinée et les douleurs ne sont pas aussi grandes qu'on pourrait le supposer. Quelques séances suffirent pour amener les trajets à avoir 2 à 3 centim. de diamètre ; malgré l'exploration la plus minutieuse, on ne peut rien sentir. Dès lors, que faire ? Nous étions en présence d'une cavité dont les parois avaient plusieurs centimètres d'épaisseur. Il était bien évident que si on l'abandonnait à elle-même tout allait revenir à l'état premier. Il fallait donc à tout prix en favoriser la suppuration. C'est dans ce but que nous nous résolûmes à drainer cette cavité à l'aide du trocart courbe de Chassaignac ; deux drains de gros calibre furent passés d'un bout à l'autre de la cavité. L'orifice de la fistule leur servait d'orifice d'entrée ; quant à leur direction, l'un se portait à gauche et en dehors, et allait sortir en dehors du trajet de l'épigastrique sur une perpendiculaire abaissée de l'épine iliaque antéro-postérieure gauche sur la ligne blanche et à 0^m,03 de cette épine ; l'autre se portait à droite et sortait en dedans de la ligne de l'épigastrique exactement contre cette artère. Il était situé à la même hauteur que l'orifice, et à 0^m,04 en dehors de la ligne médiane. Ces drains étant passés, leurs extrémités liées, on conseilla au malade de rentrer chez lui ; on lui recommanda l'usage de bains émollients deux fois la semaine et lui faisant comprendre l'intérêt qu'il avait à nettoyer le drain en le faisant promener étant dans le bain. C'était un malade intelligent et désireux de guérir ; aussi, lorsqu'il revint un an après, à l'Exposition, nous annonça-t-il qu'il se considérait comme guéri, que son ventre avait repris sa souplesse normale et que, si ce

n'étaient les drains, il ne s'apercevrait plus de son accident. Ce qu'il disait était fort vrai. En l'examinant, on ne constatait plus aucune induration de l'abdomen, il ne s'écoulait plus de pus.

Les drains furent enlevés en octobre 1878, et trois mois après (janvier 1879) le malade nous faisait savoir qu'il était parfaitement guéri.

PRONOSTIC.

La gravité du phlegmon prévésical varie selon le siège qu'il occupe. Le phlegmon sous-musculaire, plus éloigné de la vessie et de la séreuse péritonéale, doit certainement inspirer moins de crainte que le phlegmon rétro-pubien. Mais nous savons que presque toujours les deux espaces sont pris par suite de la participation du *fascia transversalis* de Cooper à l'inflammation et que c'est seulement dans de rares circonstances que l'on peut en espérer la résolution ou l'induration, et encore dans ces cas le malade est-il toujours exposé à voir l'inflammation s'établir à nouveau, à une échéance plus ou moins longue, en raison de la prédisposition créée par une première atteinte ; aussi pouvons-nous dire que le pronostic est toujours très grave.

Outre le siège, les circonstances au milieu desquelles il s'est produit, la force de résistance de l'individu atteint, doivent entrer en ligne de compte, et il est évident que le phlegmon venant à se développer dans une fièvre infectieuse, typhoïde, puerpérale ou autre, sera plus grave que celui qui se développera sans causes appréciables chez un homme en bonne santé.

En raison de la rareté de la terminaison par résolution ou induration, on doit toujours s'attendre à la suppuration et ne pas oublier que dans tous les cas le pus ne tend pas naturellement, même dans les phlegmons sous-musculaires, à se créer une issue vers les parois abdominales ; qu'il se dirige souvent vers les organes voisins, mine leurs tuniques, s'ouvre dans leur intérieur

et amène des complications dont la gravité dépend de l'organe perforé ou encore du siège où se fait la perforation.

On devra par-dessus tout redouter l'extension du processus inflammatoire à la séreuse péritonéale et craindre, soit une péritonite par simple propagation, soit une péritonite purulente par l'ouverture de la collection de l'abcès prévésical dans la cavité péritonéale, et cette terminaison, toujours fatale, est, comme nous l'avons vu, assez fréquente puisque nous l'avons rencontrée dix fois. Aussi, pour l'éviter, doit-on le plus tôt possible ouvrir l'abcès.

Quant aux autres terminaisons, on se rappellera la possibilité de fistulisation des trajets purulents et d'induration de leurs bords.

En outre, la longue durée de la suppuration épuise les forces des malades, les met dans un état d'émaciation extrême et de débilité profonde dont ils ne se débarrassent qu'à la longue.

Dans les cas enfin où le phlegmon prévésical est dû à une lésion d'un organe voisin ou à la propagation d'un abcès de la fosse iliaque, des ligaments larges, etc., ce n'est qu'un épiphénomène, et le pronostic dépendra de la gravité de la lésion de l'organe voisin ou de l'importance de la collection purulente primitive.

TRAITEMENT.

A la première période, il faudra tâcher de prévenir le développement de la tumeur phlegmoneuse. Pour cela, on usera abondamment des antiphlogistiques.

Le malade sera tenu à la diète, au bouillon, aux boissons délayantes ; sur la région hypogastrique, on fera des frictions avec des pommades mercurielles belladonnées. On appliquera des sangsues et on y maintiendra constamment des cataplasmes.

Dans la période de tuméfaction, c'est au même traitement que l'on doit avoir recours, tant que le pus n'est pas formé, afin

d'obtenir la résolution. Mais lorsque la fluctuation apparaît, il faut se hâter de donner issue au pus afin de prévenir son extension du côté du péritoine ou des organes voisins. On peut recourir à deux moyens : à la ponction avec un appareil aspirateur ou à l'incision de la paroi abdominale. A une époque où l'antisepsie n'existait pas ou était tout à fait rudimentaire, on pouvait préférer la ponction aspiratrice parce qu'elle ne mettait pas le vaste foyer de suppuration en rapport avec l'air extérieur. Mais maintenant, grâce à l'antisepsie, nous pouvons largement ouvrir l'abcès afin de fournir au pus un vaste crifice de sortie. Cette incision doit être faite avec ménagements, couche par couche, sur la sonde cannelée, surtout lorsque la suppuration est profonde ou que dans le foyer purulent existent des gaz qui donnent à la tumeur de la sonorité et que l'on perçoit un bruit hydroaérique qui pourrait faire croire à la présence des intestins.

Telle a été la conduite de Mollière (*Lyon Médical*, 1883) dans un cas d'abcès de la fosse iliaque droite où existait une percussion très claire, exagérée, toute autre que celle du reste de l'abdomen. Une ponction aspiratrice avait donné seulement un demi-centimètre cube environ de sérosité limpide sans odeur. Malgré ce résultat négatif, le chirurgien lyonnais, d'après ses observations antérieures, était tellement convaincu de la présence du pus, qu'il disséqua les parois de la région couche par couche jusqu'au *fascia transversalis*; là on put percevoir nettement la fluctuation, et à l'incision il s'écoula environ 3 litres de pus très fétide.

Dans un autre cas de même genre, Mollière avait agi de la sorte et évacué chez un campagnard un abcès très volumineux.

L'incision, lorsqu'on a le choix, doit porter sur la ligne blanche, à la partie tout à fait inférieure, immédiatement au-dessus du pubis, de façon à permettre un facile écoulement au pus. Mais, dans certaines circonstances, on peut être obligé de faire des incisions de *nécessité* lorsque l'abcès est prêt à s'ouvrir à un autre endroit. Il faut dans ce cas faire une contre-ouverture au-

dessus du pubis, drainer l'abcès et faire prendre au malade la position la plus favorable pour vider la poche.

Chez la femme, une contre-ouverture sera souvent nécessaire au vagin ; mais cette opération un peu délicate demande de l'attention, afin de ne pas perforer la vessie. On doit s'assurer qu'il n'existe pas des adhérences anormales entre cet organe et la paroi abdominale. On vide la vessie et on introduit par l'orifice sus-pubien un trocart que l'on dirige en arrière du pubis vers la paroi antéro-supérieure du vagin ; et ce n'est qu'après s'être assuré, par une exploration méthodique de la tige du trocart, du chemin parcouru, qu'on pratique l'incision. On place des drains et on fait le drainage abdomino-vaginal de l'abcès.

Souvent on doit pratiquer des lavages antiseptiques de la poche purulente, afin de prévenir la stagnation du pus ; mais ces lavages doivent être faits avec ménagement, afin que par sa force de projection le liquide n'aille pas léser et perforer le péritoine, qui se trouve dans le voisinage. On y insufflera ensuite de l'iodoforme ou toute autre poudre antiseptique, et on appliquera un pansement antiseptique légèrement compressif.

Quant au traitement des complications, il variera avec elles. Dans le cas de rupture spontanée dans un organe voisin, on devra toujours pratiquer une incision abdominale afin de hâter la guérison.

Il faudra soutenir les forces du malade et le placer dans toutes les conditions favorables qui pourront le mettre en état de faire les frais d'une suppuration souvent considérable et de longue durée.

OBSERVATION VIII (Personnelle).

(Recueillie à l'Hôtel-Dieu de Nîmes, dans le service de M. le Dr TRIBES.)

Phlegmon prévésical. — Guérison.

C..., 35 ans, voyageur de commerce pour les vins, entre le 4 novembre 1886 à l'Hôtel-Dieu de Nîmes, salle Saint-Charles n° 23, service de M. le Dr Tribes.

Tempérament nerveux, complexion moyenne. Antécédents héréditaires nuls. A l'âge de 12 ans, eut la variole. Soldat pendant cinq ans, il fait une partie de son service en Afrique, dont il rapporte les fièvres intermittentes. En juin 1884, il contracte une blennorrhagie qui fut guérie sans injections au bout d'un mois. Au bout de quatre à cinq mois, à la suite d'excès alcooliques auxquels le malade semble être sujet, la blennorrhagie reparut, pour disparaître bientôt, mais incomplètement cependant. Au mois de mars 1885, se trouvant à Bayonne, notre malade fut pris subitement de rétention d'urine. Le malade nous raconte qu'il fut sondé par un médecin de Bayonne qui, pour y parvenir, dut y mettre du temps et de la patience. Il aurait fallu quatre hommes pour le maintenir, et il se serait trouvé mal. Il serait resté là sept à huit jours, et le médecin lui aurait conseillé de se sonder de temps à autre. Le malade se serait sondé lui-même à différentes reprises. Le dernier cathétérisme aurait été pratiqué par lui-même il y a environ trois mois. Le malade nous était envoyé à l'hôpital par un docteur de la ville, avec le diagnostic de cystite.

La maladie actuelle remonte au 20 octobre. Le malade nous raconte que ce jour-là il se trouvait au café et sur le point de partir pour sa tournée, lorsqu'il fut pris d'un violent frisson. Il fut forcé de s'aliter, il éprouvait une fatigue, une courbature générales; à plusieurs reprises il eut des frissons. Les émissions d'urine étaient fréquentes et douloureuses. Les urines laissaient un fort dépôt dans le vase. L'anorexie était complète, la constipation ne cédait pas devant les purgatifs, enfin il souffrait beaucoup à la région du bas-ventre.

Le 5 novembre au matin, à la visite, le malade se plaint de n'avoir pu dormir, de souffrir horriblement au bas-ventre. Le malade a les jambes fléchies sur les cuisses et les cuisses fléchies sur le bassin. La palpation de la région hypogastrique est extrêmement douloureuse. Interrogé sur ses antécédents, il nie toute blennorrhagie, tout

rétrécissement ; ce n'est que quatre jours plus tard qu'il nous fournit les renseignements cités plus haut. Il accuse comme tout antécédent un violent effort qu'il aurait fait il y a une quinzaine de jours, pour soulever un lourd tonneau avec quatre ou cinq autres employés. — Cataplasmes ; frictions avec huile de camomille camphrée ; tisane de fleur de mauve blanche, 2 pots. Diète. T. soir 38°,2 ; P. 100.

6. Le malade n'a pas dormi. A la région hypogastrique, la douleur est plus vive à gauche qu'à droite, jusqu'à la hauteur de 3 centim. au-dessus du pubis. Paroi abdominale très tendue, le moindre contact fait souffrir horriblement le malade. A la palpation, on sent une induration profonde, plus étendue à gauche qu'à droite dans le sens transversal ; cette induration s'élève jusqu'à 3 centim. du pubis. Elle s'étend à droite de la ligne médiane à environ 4 centim. et à gauche à 6 centim. Frissons répétés, anorexie, soif vive, bouche mauvaise, fétidité de l'haleine. T. m. 38°,3 ; P. 98 ; T. s. 38°,5 ; P. 105.

7. Tuméfaction de la région hypogastrique, peau rouge, chaude. M. le Dr Tribes diagnostique un phlegmon. — Application de dix sangsues, six à gauche, quatre à droite. T. m. 38°,4 ; T. s. 38°,7.

8. La tuméfaction s'étend, gagne en hauteur. Urines purulentes, laissent un dépôt purulent très abondant. Constipation opiniâtre. — Deux verres d'eau de Sedlitz ; huit sangsues ; T. m. 38°,2 ; T. s. 38°,8 ; tisane de graine de lin.

9. T. m. 38°,3 ; T. s. 38°,6. Insomnie, douleurs plus vives, urines très troubles, fréquents besoins d'uriner. Le malade se plaint d'une douleur très vive à l'extrémité du canal de l'urèthre, au gland, au périnée.

10. Le malade n'a pu dormir de toute la nuit et se plaint de ne pouvoir uriner. La dernière émission d'urine a eu lieu la veille vers 5 heures. C'est alors que le malade nous avoue avoir eu une blennorrhagie et un rétrécissement. On essaye de le sonder, d'abord avec des sondes métalliques de différent calibre, puis avec des sondes en gomme : on ne peut réussir, les plus petits numéros ne peuvent pénétrer ; même insuccès avec les bougies filiformes. La sonde est arrêtée au niveau de la partie postérieure du canal. On fait appliquer huit sangsues au périnée et mettre le malade dans un bain pendant deux heures. Le soir à 7 heures, le malade, n'ayant pas uriné, souffrait beaucoup. M. le Dr Tribes essaya de nouveau le cathétérisme sans aucun succès. Ce n'est qu'avec beaucoup de peine, à force de

temps et de patience qu'il parvint à introduire une bougie filiforme. En prenant l'extrémité de cette bougie, on ne la sent pas libre, elle est étroitement serrée au niveau du rétrécissement. On la laisse à demeure. T. m. 38°,9; T. s. 39°,1. — Potion morphinée.

11. Le malade, plus calme, a un peu reposé. L'urine coule goutte à goutte par l'extrémité de la bougie; paroi abdominale moins tendue; T. m. 38°,4; T. s. 38°,8.

12. T. m. 38°,3; T. s. 38°,9.

13. T. m. 38°; T. s. 38°,8.

14. Le malade se plaint de souffrir aux bourses; peau des bourses rouge. Cette rougeur est due aux gouttes d'urine qui en s'écoulant par l'extrémité de la bougie viennent tomber sur ces parties et les irriter. La tumeur hypogastrique a notablement augmenté de volume. Elle s'est élevée en haut et étendue surtout à gauche, où elle arrive à l'arcade crurale. Elle s'élève à 8 centim. au-dessus du pubis. La profondeur en est considérable, en haut son rebord s'élève de 4 centim.; au-dessus, la paroi abdominale est normale. L'aspect de la tumeur est caractéristique. La ligne supérieure qui la limite est courbe, à convexité supérieure; sur la ligne médiane, elle est un peu plus élevée que sur les côtés. Largeur de la tumeur 16 centim. 9 à gauche, 7 à droite. La tumeur est dure, bosselée et présente trois ou quatre noyaux indurés de la grosseur d'un œuf de poule. Sensibilité toujours très vive. Le malade a la plus vive appréhension lorsqu'on veut toucher à son ventre. Au-dessus de la tumeur, parois abdominales insensibles. T. m. 37°,3; T. s. 38°,1.

15. T. m. 37°,5; T. s. 38°,3.

16. T. m. 37°,6; T. s. 38°,4. Constipation; soif vive; le malade ne prend qu'un peu de chocolat le matin et quelque peu de bouillon. — Deux verres d'eau de Sedlitz.

17. T. m. 37°,6; T. s. 38°. La bougie à demeure est retirée, elle n'était plus serrée par les parties enflammées.

18. Frissons répétés, tumeur toujours dure, aussi étendue à droite qu'à gauche. On sent toujours de nombreuses bosselures.

19. T. m. 38°; T. s. 38°,3. Le malade urine bien et sans douleur. Urines troubles, très chargées, laissant un dépôt purulent très abondant. Douleur au périnée, empâtement de cette région.

20. T. m. 38°,2; T. s. 38°,8. Malade se trouve mieux, sensation de fluctuation profonde. Peau œdématiée.

21. T. m. 38°; T. s. 38°,2.

22. Sensation de fluctuation superficielle ; la peau est soulevée immédiatement au-dessus du pubis, à 1 centim. à droite de la ligne médiane. Ouverture de l'abcès à cet endroit. Section de la peau avec le bistouri, section de l'aponévrose avec la sonde cannelée. Issue de trois verres environ d'un pus franchement phlegmoneux renfermant quelques grumeaux de débris de tissu conjonctif. Pus peu fétide. Ouverture, 4 cent. La tumeur s'est immédiatement affaissée, les bords sont encore indurés, on y sent des bosselures. Une injection avec de l'eau légèrement phéniquée est poussée avec précaution dans l'abcès. On met une mèche dans l'ouverture.

23. T. m. 38°. Le malade a bien reposé, la douleur est toujours très vive à la région hypogastrique. Par la pression il s'écoule encore une assez grande quantité de pus. Vers la limite supérieure, la peau présente à trois endroits une teinte ecchymotique. Au périnée, tumeur de la grosseur d'une châtaigne, proéminente surtout sur le côté droit de la ligne médiane. Dans la journée, cette petite tumeur s'ouvre d'elle-même et laisse s'écouler un peu de pus. T. s. 38°,4.

24. Issue de pus par ouverture sus-pubienne. L'ouverture périnéale est agrandie. Le malade souffre toujours beaucoup et est constipé. Deux verres eau de Sedlitz. T. m. 37°,7 ; T. s. 38°,1.

25. T. m. 37°,3 ; T. s. 38°.

26. T. m. 37°,4 ; T. s. 37°,9.

27. T. m. 37°,2 ; T. s. 37°,8.

28. Pus qui s'écoule devient séreux. Bosselures toujours très marquées sur les bords. T. m. 37°,3 ; T. s. 37°,7.

29. Par la fistule périnéale s'écoulent seulement quelques gouttes de pus ; par l'ouverture supérieure, la pression, toujours très douloureuse, fait couler environ un demi-verre de pus séreux, rougeâtre. Urines beaucoup moins troubles, presque pas de dépôt purulent. Deux selles, pas de diarrhée. Le malade se trouve mieux, a pu rester un certain temps les jambes allongées sans trop de douleur.

30. Frissons répétés, pus couleur de café au lait. — 0^{gr},40 de sulfate de quinine, à l'usage,

1^{er} décembre. Disparition des plaques ecchymotiques. A la partie antéro-inférieure des bourses, apparaît une tumeur fluctuante de la grosseur d'un œuf de pigeon. Incision. Issue de pus rougeâtre. Un stylet introduit par l'orifice remonte jusqu'au pubis.

5. Malade s'affaiblit, a une teinte jaunâtre. Sensibilité de la paroi

abdominale inférieure augmente. Le pus devient de plus en plus rougeâtre et contient de gros lambeaux de tissu cellulaire.

10. La veille, le malade s'est aperçu que le pus coulait abondamment sur la partie supérieure de la cuisse gauche. Un nouveau pertuis s'est formé au niveau du milieu de l'arcade crurale. On agrandit l'orifice avec le bistouri et la sonde cannelée. L'orifice situé au-dessus du pubis tend à se fermer. A la palpation, on sent encore des bosselures. Pas de diarrhée.

15. Pus brunâtre, la pression en fait sortir une assez grande quantité par l'ouverture de l'arcade crurale.

18. Pression moins douloureuse. Quantité moindre de pus.

21. Tuméfaction diminue. Pression presque insensible fait sortir une petite quantité d'un liquide sanguinolent ; le soir, le malade se plaint d'avoir eu un écoulement de sang par la fistule. La nuit a été mauvaise. Appétit assez bon. La fièvre a cessé, on suspend l'emploi du sulfate de quinine. Sommeil entrecoupé, le malade commence à se lever.

23. Par la pression de droite à gauche, issue d'un liquide ressemblant à du sang dilué. Douleur à l'extrémité du gland. Miction difficile, douloureuse. Écoulement sanguinolent après la miction. Légère inflammation du méat urinaire. Diarrhée. Partie inférieure de l'abdomen toujours indurée. A droite, à la partie supérieure, à 5 centim. de la ligne médiane existe une saillie dure.

25. Pression indolore. Il ne sort plus rien par la fistule abdominale. La fistule périnéale donne encore quelques gouttes de pus. Au périnée, empâtement très manifeste. Cet empâtement à base scrotale, empiétant sur les bourses, se termine brusquement par un sommet dirigé vers l'anus.

30. Malade urine bien, sans douleur. Urine normale. L'empâtement à la région périnéale diminue. L'orifice, incomplètement cicatrisé, ne donne plus issue à du pus. Le malade se lève et reprend des forces.

2 janvier. La marche vers la guérison s'accroît. Le teint jaune du malade a disparu. On s'occupe du rétrécissement. M. le Dr Pleindoux met à demeure une sonde en gomme pour dilater le rétrécissement qui siège au niveau du bulbe. L'introduction en est difficile.

4. La sonde à demeure provoque des accès de fièvre. On la retire.
— Sulfate de quinine 0^{gr},80.

6. Accès continuent, irréguliers, revenant à des heures différentes, surtout la nuit.

12. Accès ont cessé. Introduction de bougies en caoutchouc à bout olivaire. N^{os} 10, 11, 12.

16. N^{os} 12, 13, 14, 15, 16.

22. Le malade veut sortir. Au niveau de la région hypogastrique existe encore de l'induration.

Le malade a été revu le 22 mars par M. Maillier; il existe toujours à la région hypogastrique une induration assez considérable, douloureuse à la pression; lorsque le malade fatigue, la douleur se manifeste aussi et va en s'irradiant vers la région lombaire — les mictions sont douloureuses et se terminent par quelques gouttes de sang.

OBSERVATION IX.

In *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, juin 1886. Bd. XXIII, Hft 5 u. 6.

Dr O. Pinner, de Francfort-sur-le-Mein.

Un homme de 45 ans, jusque-là bien portant, avait été soumis pendant six semaines à un traitement médical pour un rhumatisme musculaire. Le 12 septembre 1884, il retombe malade; il se plaignait de douleurs dans la région abdominale inférieure; ces douleurs étaient passablement fortes. L'intensité de la douleur augmenta de jour en jour. Le patient s'alita le 16 septembre; il était atteint d'insomnie.

Je vis le patient le 19 septembre: la douleur avait pris une telle intensité que toute exploration était impossible. Il ne pouvait supporter ni un cataplasme, ni la pression d'une légère couverture, ni le simple contact de la main sur la région hypogastrique; le plus léger mouvement des jambes exaspérait la douleur. On ne percevait aucun changement de forme ni d'aspect à la région hypogastrique. Dans toutes les autres parties, le bas-ventre était souple et mou à la pression, pas de fièvre, urine sans éléments pathologiques, évacuation de l'urine et autres fonctions normales. Les jours suivants le tableau change peu.

Pour la première fois, le 25 septembre, on pouvait remarquer un gonflement et un empatement de la région située au-dessus de la symphyse. L'infiltration s'étendit sur les côtés. A partir du 27 septembre, la température devint fébrile et monta jusqu'à 40°,8; l'émission

de l'urine continua à se faire sans douleur. Le toucher rectal ne fait découvrir rien d'anormal.

Le 30 septembre, on sent à gauche de la ligne médiane une fluctuation profonde; une ponction exploratrice donne du pus. L'extension qu'avait prise la région hypogastrique était symptomatique; elle s'élevait sous une forme arrondie, s'étendait de la symphyse à quelques centimètres au-dessous de l'ombilic, s'étendant à peu près également des deux côtés, à gauche 14 cent. et à droite 13.

Le 1^{er} octobre, incision à égale distance de l'ombilic et de la symphyse, du côté gauche, à un travers de main de la ligne blanche; à cet endroit, la peau était rouge et la palpation faisait percevoir au-dessous de la fluctuation. L'incision avait été faite un peu obliquement; par l'orifice s'écoula une quantité remarquable d'un pus quelque peu fétide. En écartant les lèvres de la plaie, on vit le bord du muscle droit et la gaine postérieure. Si l'on explorait en introduisant le doigt dans la cavité de l'abcès, on était d'abord conduit derrière le muscle droit, jusqu'auprès de la symphyse et ensuite par une ouverture modérément grande, vers la droite, derrière l'autre muscle droit, dans un petit abcès. Sur la face externe du muscle droit, dans le tissu sous-cutané, s'était formée une fusée purulente qui passait sur le pubis et qui exigeait une contre-ouverture du côté du scrotum. Les cavités ne furent pas grattées, mais elles furent lavées et drainées. La guérison de l'abcès fut retardée et fut interrompue au commencement de novembre par deux abcès qui se formèrent, l'un dans le deltoïde droit, l'autre dans la profondeur du mollet droit, entre le tibia et le péroné.

La suppuration des deux abcès situés derrière les muscles droits diminua graduellement; les ouvertures se fermèrent; la tuméfaction de la région hypogastrique disparut complètement. On constatait cependant encore derrière les muscles droits un épaissement, après la guérison complète.

Au commencement de février, le patient reprit son activité.

OBSERVATION X (Inédite).

(Communiquée par M. le Dr LE GUEN, Médecin de la Marine.)

Phlegmon prévésical. — Cystite chronique. — Mort. — Autopsie.

Lechène Augustin, 54 ans, ouvrier mécanicien au port, entre le 24 janvier 1885 à l'hôpital de la Marine à Brest pour un phlegmon et une cystite chronique. Température du soir 37°,8. On constate au-dessus du pubis de la rougeur à la peau ; la région hypogastrique est très tendue et sensible à la pression. La douleur persiste dans une zone assez étendue. Le malade éprouve, par moments, des selles involontaires, principalement au moment de la miction. Peu d'appétit.

Parmi les antécédents morbides, une cystite il y a un an et demi, suivie d'orchite suppurée ; cette cystite était due à un rétrécissement survenu quinze ans après une uréthrite. Enfin le malade raconte que quinze jours avant d'entrer à l'hôpital il a eu une attaque de nerfs ?

La vessie ayant été évacuée au moyen d'une sonde en caoutchouc (il s'écoule 250 gram. environ), et cette évacuation ne modifiant en rien la consistance de la paroi abdominale, on pratique avec un aspirateur Dieulafoy une ponction exploratrice qui permet de constater la présence du pus.

Le malade ayant été chloroformisé, on pratique sur la ligne médiane, à deux travers de doigt au-dessus du pubis, une incision longue de 3 centim. Les tissus sont divisés, couche par couche, avec le bistouri et la sonde cannelée.

L'aponévrose des muscles droits ayant été sectionnée, le doigt pénètre dans une cavité purulente.

Issue de 300 gram. environ de pus sanguinolent. Lavage phéniqué. Introduction d'un drain. Légère hémorrhagie lors de l'incision.

25. Ce matin, le malade se trouve très soulagé. Il a parfaitement dormi cette nuit. T. m. 37°; T. s. 37°,4.

26. Introduction d'une sonde de Nélaton dans la vessie ; issue de 200 gram. d'urine environ ; urine tient en suspension beaucoup de pus. T. m. 36°,2 ; T. s. 36°,4

27 T. m. 36°,4 ; T. s. 36°,4.

28. T. m. 36°,2 ; T. s. 40°. Le malade n'ayant pas uriné depuis le matin, malgré la sonde à demeure, on procède à l'examen de cette sonde,

dont l'œil n'est pas bouché. On replace la sonde dans la vessie. L'urine ne s'écoule qu'en très petite quantité. Le pansement n'est pas mouillé.

29. T. m. 38°,6 ; T. s. 38°,6. Le matin, le malade se trouve mieux. Il a pu dormir bien que souffrant un peu du ventre. Issue par la sonde d'une quantité d'urine qui remplit trois urinoirs. — Le pansement est peu mouillé.

30. T. m. 39°,1 ; T. s. 39°,2. Douleurs hypogastriques prononcées ; urines abondantes par la sonde. Pas de selles.

Le malade meurt le 31 janvier à 4 heures et demie du matin.

AUTOPSIE.— *Habitus extérieur* : Pas d'amaigrissement notable. Coloration verdâtre des téguments de l'hypochondre gauche. Sur la ligne médiane, incision de 5 centim. à deux travers de doigt au-dessus de la symphyse pubienne.

Cavité abdominale : Existence d'une péritonite intense. Les intestins sont agglutinés les uns aux autres. Quantité considérable de sérosité purulente dans le péritoine. Quelques adhérences de l'épiploon au péritoine pariétal. Intestin friable. A l'examen de la vessie, on constate qu'elle est entourée de détritits organiques. Elle a contracté de faibles adhérences sur les côtés. A sa partie supérieure existe un pertuis naissant du fond d'une cellule vésicale et ayant déterminé l'inflammation de la cavité de Retzius.

La cavité crânienne n'a pas été ouverte.

CONCLUSIONS.

Le phlegmon prévésical, peu étudié en Angleterre, en Amérique et en Allemagne, a été l'objet, en France, de recherches très importantes.

* *

Au point de vue anatomique, on peut reconnaître au-devant de la vessie deux espaces distincts. Le mur de séparation entre ces deux espaces est le *fascia transversalis* de Cooper.

* *

Au point de vue étiologique, on peut reconnaître deux sortes de phlegmons : les uns, *idiopathiques*, ont le plus souvent pour cause un épanchement sanguin ; les autres, *symptomatiques*, sont dus à des altérations d'organes voisins ou à la propagation d'abcès existant dans d'autres régions.

* *

Le phlegmon prévésical présente dans son évolution deux périodes. La première est caractérisée par des phénomènes généraux, des troubles digestifs ou vésicaux ; la seconde par l'existence d'une tumeur à la région hypogastrique.

* *

La suppuration est la terminaison la plus fréquente.

* *

L'inflammation occupe tout le tissu cellulaire compris entre la vessie et la face postérieure des muscles droits ; lorsqu'elle reste cantonnée à un seul espace, dans la plupart des cas, le diagnostic différentiel entre le phlegmon sus-pubien et le phlegmon rétro-

pubien est très difficile et peut seulement être fait par l'appréciation des caractères de la tumeur.

* *

On peut confondre le phlegmon prévésical, à la première période, avec une entérite, une entéralgie, une péritonite; à la seconde période, avec la vessie distendue par l'urine, un diverticule vésical, un épanchement de sang ou d'urine dans la loge prévésicale, des tumeurs occupant la paroi abdominale ou le petit bassin.

* *

Le pronostic est toujours grave.

* *

Le traitement, à la période de début, doit être antiphlogistique. Lorsque la suppuration est survenue, il faut ouvrir l'abcès et le drainer.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 26 Mars 1887.
Le Recteur de l'Académie,
Correspondant de l'Institut,
G. CHANCEL.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 25 Mars 1887.
Pour le Doyen, l'Assesseur,
GRASSET.

SERMENT.

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses!

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!
